

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK

Tuula Karppinen

Satu Kainulainen

”ASIAKKAAT OVAT ILOISEMPIA, KUN HYÖ SAA TEHÄ ITE, VAIKKA SE ON
VÄLILLÄ HIDASTA”

Kotikuntoutusmallin kehittäminen Kiteen kotihoidolle

Opinnäytetyö

Lokakuu 2017

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2017
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
YAMK

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600



Tekijät

Tuula Karppinen & Satu Kainulainen

Nimeke

Kotikuntoutusmallin kehittäminen Kiteen kotihoidolle

Toimeksiantaja

Kiteen kaupungin perusturva/Siun sote

Tiivistelmä

Kotiin annettavat palvelut ja kotikuntoutus ovat nousseet valtakunnallisesti tärkeiksi kehittämiskohteiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena Kiteen kaupungin kotihoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli jo olemassa olevien kotikuntoutuksen mallien pohjalta luoda yhdessä työntekijöiden kanssa kotikuntoutuksen toimintamalli Kiteelle. Toimintamallin tarkoituksena oli lisätä kotihoidon ja fysioterapian yhteistyötä asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseksi ja sitä kautta palvelutarpeen vähentämiseksi.

Kehittämistä varten valittiin työntekijöistä kehittämistyöryhmä. Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittäminen aloitettiin alkukartoituksella ja tavoitteiden asettamisella, josta edettiin mallin kehittämisen kautta mallin kokeiluun. Osallistamisella haluttiin varmistaa työntekijöiden sitoutuminen toimintamallin kokeiluun. Toimintamallin kokeiluun osallistui lopulta vain yksittäisiä työntekijöitä. Opinnäytetyö osoitti, että pelkkä osallistaminen ei riitä toiminnan muutokseen. Kyse on myös asenteesta, jonka muuttamiseen tarvitaan johtamista ja esimiehen osallistumista.

Toimintamallin kokeilu osoitti kuitenkin sen, että lisäämällä kotihoidon ja fysioterapian välistä yhteistyötä voidaan parantaa kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden toimintakykyä ja vähentää palvelujen tarvetta. Lisäksi kokeiluun osallistuneet työntekijät kokivat uuden toimintamallin lisäävän myös oman työn mielekkyyttä ja työmotivaatiota.

Sivuja 60
Liitteet 2
Liitesivumäärä 3

Kieli
Suomi

Asiasanat

Kotikuntoutus, toimintakyky, moniammatillinen yhteistyö

THESIS
October 2017
Masters´ s Programme in
Development and
Management of Social
Services and Health Care
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+358 13 260 600



Authors
Tuula Karppinen & Satu Kainulainen

Title
Creating a Home-Based Rehabilitation Model for Kitee Home Care Services

Commissioned by
Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services,
Kitee Home Care Services

Abstract

Services provided in the client's home and home-based rehabilitation have become important national development projects in the social and healthcare sector. This thesis was implemented as a work life oriented project for Kitee Home Care Services. The aim of this thesis was to create a new operation model for home-based rehabilitation in collaboration with a chosen group of employees. This model was based on the existing models. The purpose of this new operation model was to increase the level of collaboration between home care and physiotherapy services. The aim of the new model was to decrease the need for home care services and to improve functional ability in older people. The development project started by analysing the present state of working methods and setting goals for the change. The new operation model was created and brought into practice.

This thesis indicated that the working methods of the employees did not change through interaction. The participation of the management and strong leadership are also needed. The co-operation between home care and physiotherapy services can improve functional ability in older clients. It can also decrease the need for home care services. The employees who changed their working methods noticed improvement in their working motivation.

Pages 60
Appendices 2
Pages of Appendices 3

Language
Finnish

Keywords
home rehabilitation, functional ability, collaboration

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Kotikuntoutus ja toimintakyvyn arviointi	7
2.1 Kotikuntoutus.....	8
2.1.1 Joensuun kotihoidon kuntoutusmalli.....	10
2.1.2 Kotikuntoutus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusyksikön -Eksote	11
2.2 Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa.....	12
3 Moniammatillinen yhteistyö.....	16
4 Johtaminen kuntoutusta edistävän toiminnan kehittämisessä	18
5 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja lähtökohdat	22
5.1 Kotihoidon palvelut	23
5.2 Kiteen kaupungin perusturvan kuntouttavat palvelut	24
6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	25
7 Kehittämistyön menetelmälliset valinnat	26
8 Kehittämistyön eteneminen.....	29
8.1 Muutostarpeen synnyttäminen ja lähtötilanteen kartoittaminen	29
8.2 Suunnitteluvaihe	33
8.3. Kotikuntoutusmallin kehittäminen ja organisointi	36
8.4 Kotikuntoutus toimintamallin kokeilu	38
9 Kotikuntoutuksen toimintamallin prosessi	41
9.1 Asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset kokeilun aikana	42
9.2 Toimintamallin kokeilun arviointi ja kehittämisideat työntekijöiden kokemana	44
9.2.1 Toimintamalli kokeilun onnistuminen.....	44
9.2.3 Toimintamallin arviointi.....	47
9.2.4 Toimintamallin kehittämisideat	48
10 Tulos.....	49
11 Pohdinta.....	51
10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	51
10.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi.....	53
10.3 Kotikuntoutus toimintamallin arviointi.....	55
10.4 Opinnäytetyön merkitys ja jatkokehittäminen.....	56

Liitteet

Liite 1 Kotikuntoutuksen toimintamalli

Liite 2 Teemahaastattelun runko

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä ovat kotiin vietävät palvelut ja kuntoutuksen kehittäminen nousseet palvelurakennemuutoksen rinnalla valtakunnallisesti kehittämisen kärkeen. Vanhuspalvelulaki (2012/980) korostaa kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävän toiminnan merkitystä. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi (2013:11) kannustaa monialaiseen kuntoutukseen. Laatusuosituksen mukaan palveluista tulisi muodostua kokonaisuus, jonka keskiössä ovat kotihoito, kuntoutumista edistävä toiminta ja henkilön aktiivinen osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Oikeaan aikaan ja oikein kohdennetuilla palveluilla on mahdollista ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämänlaatua ja samalla saada aikaan kustannussäästöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Palvelurakenteen muutos ja siihen liittyvä laitoshoidon purkaminen on lisännyt painetta kotihoitoon. Kotihoidon henkilöstö on kokenut kuormittumista ja painetta työssään. Kotiin annettavia palveluja ja kotikuntoutusta kehittämällä on saatu hyviä tuloksia kustannusten säästämiseksi. Muutos on haastanut ja monipuolistanut kotihoidon henkilöstön työskentelyä. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri 2016). Kotiin annettavat palvelut ja hyvien palvelutapojen levittäminen on yksi hallituksen kärkihankkeista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Hoidon, kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteiden yhteensovittaminen on aiheuttanut keskustelua kuntoutus- ja hoitomenetelmien käytön työnjaosta eri ammattiryhmien välillä. Ikäihmisten kohdalla hoidon ja kuntoutuksen tulisi kulkea usein rinnakkain ja limittäin muodostaen parhaimmillaan saumattoman ja katkeamattoman kokonaisuuden, jossa huomioidaan kuntoutusta tarvitsevan kokonaistilanne ja hänen sosiaalinen verkostonsa. (Pikkarainen, Era & Grönlund 2011.) Myös sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa laatusuosituksessa (2013:11, 34) nostetaan esiin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työotteen merkitys ja yhteistyö kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa olevan hoitohenkilöstön ja kuntoutusalan ammattilaisten välillä. Tämä laatusuositus kehottaa työyhteisöjä sopimaan kuntoutumista edistävien toimien sisällöstä ja toiminnan vahvistamisesta.

Alun perin opinnäytetyömme ja kehittämisen kohteena oli Kiteen kaupungin perusturvan kotihoitoa tukevan kotikuntoutus. Opinnäytetyömme tekemisen aikaan Pohjois-Karjalassa aloitti toimintansa Siun sote nimeä kantava sosiaali- ja terveystyöpiiri, jonka osaksi myös Kiteen kaupungin perusturva siirtyi vuoden 2017 alusta. Opinnäytetyön

aloitusvaiheessa oli jo tiedossa, että tulevassa Siun sotessa aiotaan panostaa kotiin annettaviin palveluihin ja kotikuntoutukseen. Siksi opinnäytetyön aihe oli alueella ajankohtainen.

Opinnäytetyön alkaessa Kiteen kaupungin perusturvassa ei ollut käytössä suunnitelmallista kotikuntoutusmallia eikä kotihoidossa työskennellyt yhtään päätoimista fysioterapeuttia tai kuntohoitajaa. Opinnäytetyömme tavoitteena oli edistää voimavaralähtöisen toimintakyvyn tukemiseen tähtäävän toimintakulttuurin kehittymistä Kiteen perusturvan kotihoidon ja fysioterapian henkilöstön toiminnassa. Tavoitteena oli laatia yhdessä fysioterapian ja kotihoitohenkilöstön kanssa kotihoitoa tukeva kotikuntoutuksen toimintamalli Kiteen kaupungin perusturvaan jo käytössä olevien kotikuntoutusmallien pohjalta.

Liikkeelle kehittämistyössä lähdettiin lähtötilanteen kartoituksella, jossa apuna käytettiin SWOT-analyysia. Analyysin tekemiseen osallistui lähes kaikki kotihoidon ja fysioterapian työntekijät. Varsinainen mallin kehittäminen tapahtui monialaisen kehittämistiimin työskentelyn pohjalta. Yhdessä tekemisen ja yhdessä oppimisen sekä mallin kokeilun ja arvioinnin tuloksena syntyi toimintamalli Kiteen kotihoitoon.

2 Kotikuntoutus ja toimintakyvyn arviointi

Vanhuspalvelulaki (2012/980) korostaa kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävän toiminnan merkitystä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa laatusuosituksessa (2013:11, 34) nostetaan esiin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työotteen merkitys sekä yhteistyö kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa olevan hoitohenkilöstön ja kuntoutusalan ammattilaisten välillä. Ikääntyneiden kuntoutuspalveluissa on monia erityispiirteitä, joita tulee ottaa huomioon palveluja rakennettaessa tai kehitettäessä.

Kotiin annettuja kuntoutuspalveluja on kehitetty paljon ja niiden sisältö vaihtelee organisaatiosta toiseen. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimintayksikön alueella ns. Eksoten malli on noussut esiin onnistuneena toimintamallina. Myöhemmin tekstissä käytetään Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimintayksikön termiä Eksote. Pohjois-Karjalan pääkaupungissa Joensuussa on myös oma malli käytössä. Nämä kaksi mallia ovat olleet opinnäytetyöprosessin pohjana.

2.1 Kotikuntoutus

Kotiin vietävät palvelut ja kotona tapahtuva kuntoutus ovat nousseet palvelurakennemuutoksen rinnalla merkittäväksi kehittämiskohteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Kotikuntoutuksella tarkoitetaan lähinnä kuntoutusta, joka tapahtuu asiakkaan kotona tai kodinomaisessa ympäristössä vastakohtana muualla tapahtuvalle kuntoutukselle (Pikkarainen 2017). Kotikuntoutus voi sisältää eri organisaatioissa hyvin erilaisia hoiva- ja kuntoutuspalveluja (Forss 2016, 34 - 35). Pikkarainen (2017) pohtii artikkelissaan käsitteitä lähi-, arki- ja kotikuntoutus. Asiakkaan näkökulmasta lähikuntoutus lisäksi, että se tapahtuu lähellä kuntoutujaa, ottaa samalla kokonaisvaltaisemmin huomioon asiakkaan ja perheen elämää ja elämäntilannetta. Fysio- ja toimintaterapian piirissä käytetyssä arkikuntoutuksessa asiakas ja asiantuntija yhdessä suunnittelevat ja rakentavat kuntoutuksen niillä mahdollisuuksilla siihen ympäristöön, missä asiakas elää. Kotikuntoutuksessa hoidolliset ja kuntoutukselliset toimenpiteet toteutetaan kotona esimerkiksi sairaalajakson jälkeen.

Kansainvälisissä artikkeleissa englanninkielisillä termeillä *reablement* tai *restorativecare* tarkoitetaan ajallisesti rajattua ihmisten kotona annettua palvelua tai interventiota toimintakyvyn tai terveyden heikkenemisen tai sen alentumisvaaran vuoksi. Termien kuvauksissa palvelujen peruslähtökohtana on palauttaa tai tukea ihmisiä säilyttämään taitoja, joilla he pärjäisivät mahdollisimman riippumattomina jokapäiväisestä arjesta. (Aspnal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp 2016, 1.) Eksotessa kotikuntoutusta ei ole rajoitettu vain kotiin, vaan tavoitteena on selviytyminen laajemmin arkiympäristössä, kuten kaupassa ja pankissa (Suomalainen 2016, 4).

Forss (2016, 36) on kuvannut kotikuntoutusta ajallisesti rajattuna jaksona, jossa on viisi vaihetta. Jakson aikana moniammatillinen tiimi työskentelee asiakkaan kanssa asiakkaan kotona arjesta nousseiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tärkeää prosessissa on asiakkaan aktiivinen rooli ja osallistuminen hänelle merkitykselliseen toimintaan. Kuntoutusalan ammattilaisten roolina on usein ohjata ja tukea hoitotyötä tavoitteiden asettelussa, käytettävien menetelmien ja keinojen löytymisessä sekä arvioinnissa.

Julkisilla varoilla annettavilta palveluilta edellytetään vaikuttavuutta. Kansainvälisissä tutkimuksissa ikääntyneiden toimintakykyä parantavilla toimilla ja kuntoutuksella on saatu vaikuttavuutta toimintakykyyn lyhyellä aikavälillä, mutta näyttö pitkällä aikavälillä on vielä heikkoa. (Foster, Lampley & Young 2010, 169 - 175.) Suomalaisissa tutkimuksissa tehokkaalla kotikuntoutuksella on voitu parantaa liikkumis- ja toimintakykyä esimerkiksi lonkkamurtuman jälkeen (Salpakoski 2015, 24 - 29).

Kotikuntoutus kuten kuntoutus yleensä on prosessi, joka lähtee liikkeelle kuntoutujan kokonaisvaltaisesta arvioinnista, jonka jälkeen yhdessä kuntoutujan kanssa asetettujen tavoitteiden jälkeen aloitetaan järjestelmällinen yhteistyö tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi edellyttää uudelleen arviointia ja seurantaa, joka toteutetaan yhteisesti sovittuja seurantamittareita hyödyntäen. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 455.)

Ikääntyneelle väestölle suunnatun kotikuntoutuksen yhteydessä emme voi välttyä puhumasta *gerontologisesta kuntoutuksesta*. Parhaimmillaan gerontologinen kuntoutus on oikea-aikaista, monimuotoista ja laaja-alaista, jossa otetaan huomioon ikääntyneen väestön erityistarpeet ja tutkimuksien kautta kehitetyt laadukkaat sekä vaikuttavat menetelmät. Peruslähtökohtana gerontologisessa kuntoutuksessa on vanhenemisilmiön laaja-alainen ymmärtäminen ja kuntoutujan oma osallisuuden varmistaminen kuntoutuksen etenemisessä ja suunnittelussa. (Pikkarainen ym. 2011; Pitkälä ym. 2016, 448.) Tärkeää on, että kuntoutuksessa pyritään vaikuttamaan sekä kuntoutujaan, että hänen ympäristöönsä (Pitkälä ym. 2016, 449).

Ikääntyneen ihmisen kuntoutuksen erityisyys syntyy eletyn elämän pituudesta ja tulevaisuuden lyhyydestä. Ikääntymiseen ja vanhuuteen kuuluu erilaisia luopumistilanteita kuten terveyden ja toimintakyvyn menettämistä. Näistä seuraa itsenäisyyden ja autonomian kaventumista, joiden kompensointiin ja jäljellä olevien voimavarojen käyttöön ikääntyvät pystyvät luomaan itselleen soveltuvia sekä merkityksellisiä toimintatapoja. Eletty elämä ja sen mukanaan tuoma elämänhistoria tulee ottaa huomioon kuntoutusta suunniteltaessa. (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 178.)

Ikäihmisten kuntoutuksessa kuntoutuminen onnistuu, mikäli kuntoutuja nähdään aktiivisena toimijana, joka sitoutuu yhdessä sovittuihin tavoitteisiin (Pitkälä ym. 2016, 455). Omien palvelujen suunnitteluun ja arviointiin osallistumisen vahvistaminen on nostettu esiin myös sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa laatusuosituksessa (2013:11) hyvän ikääntymisen

turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan omatoimisuuden ja hyvinvoinnin parantaminen. Ikäihmisten kuntoutuksen erityispiirteenä on omaisten aktiivinen osallistuminen tavoitteiden saavuttamisen tukemisessa. Ikäihmisten kuntoutus voidaan nähdä myös suunnitelmallisena tuen vähentämisenä, vaikka tuen tarve olisikin jatkuvaa. (Pitkälä ym. 2016, 455.)

Ikääntyneiden kuntoutus vaatii siis monenlaista yhteistyötä, jonka onnistuminen ei aina ole itsestäänselvyys. Onnistuneen kuntoutuksen edellytyksenä on kuntoutujan ja omaisten aktiivisen toiminnan ja voimavaralähtöisyyden lisäksi ammattitaitoinen ja kattava kokonaisvaltainen arviointi sekä sen perusteella laadittujen oikea-aikaisten ja riittävien kuntoutus- ja hoitotoimenpiteiden toteutuminen. (Pitkälä ym. 2016, 455 - 456.)

Kuntoutusprosessin ongelmakohtia Pitkälän ym. (2016, 457) mukaan voivat olla viiveet kuntoutuksen alkamisessa, asiakaslähtöisyyden puuttuminen tai kokonaisarvioinnin heikkous, tiimityöhön liittyvät ongelmat, kuten erilaiset kuntoutusfilosofiat tai vuorovaikutukseen, tiedonkulkuun sekä kuntoutuksen koordinointiin liittyvät ongelmat.

2.1.1 Joensuun kotihoidon kuntoutusmalli

Joensuussa kotikuntoutusta on lähdetty kehittämään vuodesta 2015. Tuolloin kotikuntoutuksen tavoitteeksi on määritelty asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen/ylläpitäminen asiakaslähtöisyys huomioiden. Päämääränä on tukea asiakkaan itsestä selviytymistä ja omatoimisuutta. Kotikuntoutuksen alussa tehdään uuden asiakkaan kokonaisvaltainen palvelutarpeen kartoitus ja palvelutarpeen arviointia jatketaan koko hoitosuhteen ajan. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii kotikuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen perustana ja sitä päivitetään palvelutarpeen muuttuessa. Pyrkimyksenä on tukea asiakkaan fyysistä aktiivisuutta ja kytkeä liikunta luontevaksi osaksi kotihoidon asiakkaan arkea ja henkilökunnan työtä. (Pesonen, Kaltiainen, Väyrynen & Sorjonen 2015.)

Asiakkaan toimintakyvyn selvittämiseksi tehdään elämänlaatumittaus WHOQOL-BREF ja fyysisen suorituskyvyn testi SPPB. Testaus tehdään kaksi kertaa vuodessa. Myös RAVA-toimintakykytestiä käytetään apuna toimintakyvyn ja palvelutarpeen selvittämisessä. Kotikuntoutussuunnitelma laaditaan kaikille kotihoidon asiakkaille. Kuntoutussuunnitelma on

osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jonka toteutumisesta vastaa jokainen henkilökuntaan kuuluva omahoitaja lisäksi. Tarvittaessa konsultoidaan kotihoidon fysioterapeuttia ja hänet pyydetään mukaan suunnitelmapalaveriin. (Pesonen ym. 2015.)

Kuntouttavaa hoitotyötä toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman pohjalta ja sen toteutusta arvioidaan säännöllisesti. Keskeisintä on asiakkaan aktivoiminen omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa hänen omien voimavarojen mukaan. Asiakkaan kotikuntoutussuunnitelmassa huomioidaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen ja kuntoutumisen edistämisen ulottuvuudet. (Pesonen ym. 2015.)

2.1.2 Kotikuntoutus Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden -Eksote

Kotikuntoutusta on kehitetty Eksoten alueella vuodesta 2010 lähtien. Kehittämisen taustalla on ollut laitoshoidon purkaminen ja ikääntyneiden kotona asumisen lisääminen. Toimintaa on kaikissa Eksoten kunnissa. Toiminnan kehittäminen on lähtenyt käyntiin kotihoidon kuntouttavan työn ja hoitajien osaamisen kehittämisestä. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden 2016, 13.) Siellä on onnistuttu siirtämään kuntouttavaa työtä kotihoitoon. Eksotessa toimintaa on jaettu varhaiseen puuttumiseen, monialaiseen kuntoutukseen sekä kotihoidon toimintaa tukevaan kuntoutukseen. (Suomalainen 2016, 4 - 5; Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden 2016, 16.)

Varhainen puuttuminen pitää sisällään hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, matalankynnyksen vastaanottoa, omaishoitajille suunnattua tukea sekä ryhmäkuntoutusta, palvelutarpeen arviointi tukea, terveyden edistämistä yhteistyössä järjestöjen ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden 2016, 16).

Kotihoitoa tukevassa kuntoutuksessa fysioterapeutit muodostavat tiimin kotiutuksen sairaanhoitajien kanssa. Toiminta kohdistuu uusien asiakkaiden kotihoidon käynnistymiseen. Fysioterapeutti tukee kuntoutujan turvallisuuden tunteen ja toimintakyvyn parantumista kotihoidossa neljän viikon kuntouttavan arviointijakson aikana. Toiminnalla tuetaan kuntoutujan lisäksi kotihoidon vastuuhoidajan ja tiimin toimintaa. Tavoitteena on palvelutarpeen vähentyminen. Tällä mallilla Eksotessa on saatu aikaan se, että alun kotihoidon tarvetta on voitu vähentää tai kokonaan poistaa lähes 50 %:lla uusista asiakkaista. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden 2016, 18.)

Monialainen kuntoutus käynnistetään usein sairaalasta kotiutuessa tai esimerkiksi kuntouttavan arviointijakson tukena asiakkaan kotona. Tällä kuntoutuksella tuetaan asiakkaan turvallisuuden tunnetta, toimintakykyä ja arjessa selviytymistä moniammatillisesti fysioterapian ja toimintaterapian keinoin asiakkaan tarpeista lähtien. Kuntoutus toteutetaan intensiivisesti keskimäärin 8-10 viikon aikana. Kotihoidon hoitajat tukevat asiakkaan kuntoutusprosessia laaditun kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. (Suomalainen 2016, 6; Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta 2016, 16.)

2.2 Toimintakyky ja toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa

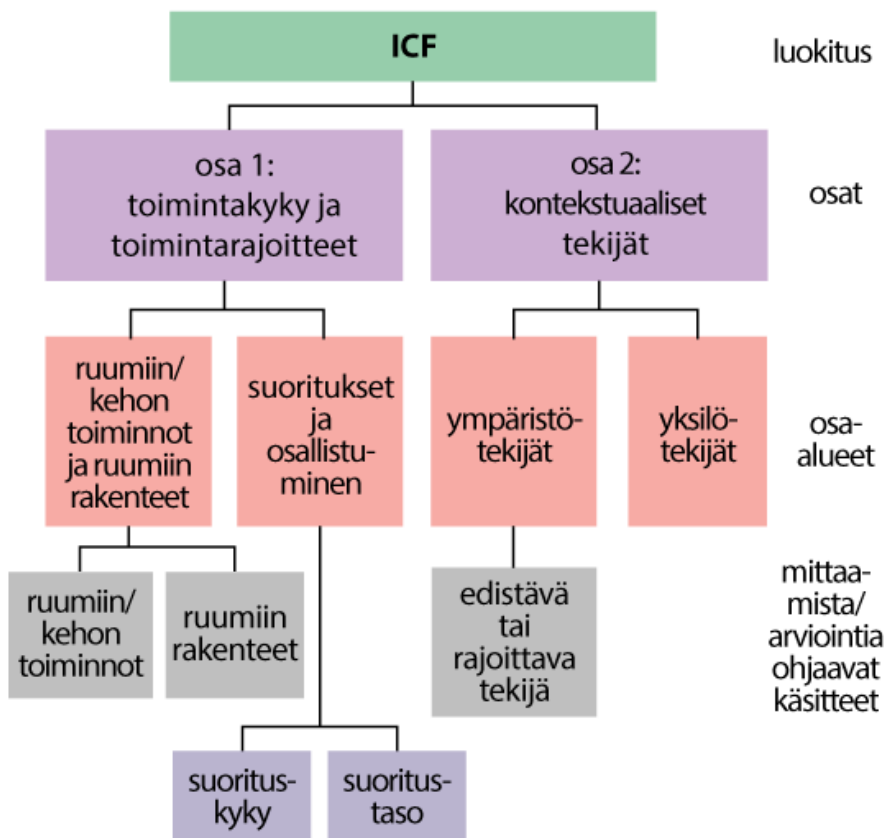
Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisestä elämästään (Pitkälä ym. 2016, 448). Vanhuspalvelulaki (980/2012 §15) edellyttää, että palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä tulee arvioida iäkkään ihmisen toimintakyky monipuolisesti ja luotettavilla arviointimenetelmillä. Laki edellyttää myös sen, että toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö selviää ja suoriutuu arjessaan omassa asuin- ja toimintaympäristössä sekä missä, asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa tulee huomioida fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä ympäristön esteettömyys ja turvallisuus.

WHO:n yleiskokouksen hyväksymä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus tunnetaan lyhenteellä ICF. ICF-luokituksen avulla voidaan toimintakykyä ja sen aiheuttamia rajoitteita lähestyä monelta eri tasolta ja näin kuvata, miten sairauden tai vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä eri tilanteissa tai toimintaympäristöissä. (Paltamaa & Anttila 2015, 15.) ICF-luokitusta voidaan käyttää tilanteissa, joissa yritetään kuvata, jäsentää, mitata tai arvioida toimintakykyä eli esimerkiksi apuna terveys- ja hoitosuunnitelmissa tai kuntoutus- tai palvelusuunnitelmissa. (kuva 1). ICF:n neutraalia ja rakenteista kuvaustapaa olisi mahdollisuus hyödyntää eri ammattialojen välisessä kommunikoinnissa. (Paltamaa & Anttila 2015, 16 - 18.)

Arvioitaessa toimintakykyä kuntoutuksen suunnittelun tai palvelujen tarpeen määrittelyn näkökulmasta, tulisi arvioinnissa pystyä huomioimaan kaikki ne osa-alueet, jotka ovat siinä tilanteessa asiakkaan kannalta merkityksellisiä (Sainio & Salminen 2016, 208). ICF- viitekehys auttaa toimintakyvyn arvioinnin jäsentämisessä (kuva 1). Arvioitavina kohteina voivat olla kehon toiminnot, yksilön suorituskyky tai osallistumisen arviointi. Arvioinnissa tulisi ottaa

ennen kaikkea huomioon ne ympäristöt, joissa toiminta tapahtuu. Ympäristö, olosuhteet ja muutokset niissä voivat merkittävästi vaikuttaa toimintakykyä edistävästi tai heikentävästi. Joissakin tilanteissa arviointi on järkevää toteuttaa juuri siinä ympäristössä, jossa asiakas elää. (Sainio & Salminen 2016, 208.) Ikääntyneen kotona tehty toimintakyvyn arvio voi olla hyvin erilainen kuin sairaalassa tehty.

Luokitusta voidaan käyttää myös apuna kuntoutuksen sisällön suunnittelun ja ohjaamisen kohdentamisessa. Aina kuntoutuksella ei voida palauttaa yksilön suorituskykyä, mutta erilaisin toimenpitein voidaan parantaa kuntoutujan suoritustasoa ja siten mahdollistaa hänen osallistumisensa esimerkiksi yhteiskunnalliseen elämään. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 43.)



Kuvio 1. Mittaamista ja arviointia ohjaavat ICF- käsitteet (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 46).

ICF soveltuu myös geriatrisen kuntoutuksen viitekehyykseksi. Mallissa iäkäs ihminen nähdään aktiivisena toimijana, jolla on mahdollisuus sopeutua ja reagoida iän mukanaan tuo-

miin toiminnanvajauksiin ja haittoihin esimerkiksi harjoittelemalla tai turvautumalla apuvälineisiin. Mahdollista on myös muuttaa omia osallistumisen mahdollisuuksia hankkimalla apua tai muokkaamalla ympäristöä toimivammaksi. (Pitkälä ym. 2016, 449.)

Toimintakyvyn heikentyessä ihminen on alttiimpi toimintaympäristön muutoksille. Tutussa ympäristössä moni iäkäs ihminen pystyy kompensoimaan ja rakentamaan selviytymiskeinoja toimintakyvyn pikkuhiljaa heikentyessä. Siksi sairaalassa saatu mielikuva toimintakyvystä ei aina vastaa todellisuutta omassa tutussa ympäristössä. (Pitkälä ym. 2016, 449.)

Toimintakyvyn arvioinnin tulisi aina olla asiakaslähtöistä. Arvioinnin olisi johdettava päämäärää ja sen saavuttamiseksi tehtyyn suunnitelmaan. Molempien tulisi osaltaan vahvistaa asiakkaan voimavaroja ja kykyä tehdä valintoja niistä toimista, jotka auttavat häntä saavuttamaan itselle merkityksellisiä tavoitteita. Asiakasnäkökulmaan liittyy myös se, että arvioinnin tulokset tulee aina käydä asiakkaan kanssa läpi niin, että hän ne ymmärtää. (Sainio & Salminen 2016, 207.)

Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia toimintakykyä arvioivia mittareita. Jotta toimintakyvystä saadaan luotettava kuva, tulee mittarit valita niin, että ne mittaavat kattavasti toimintakyvyn vaikuttavia eri tekijöitä (Sainio & Salminen 2016, 206). Väestön ikääntyessä on elämänlaadun arviointi tullut osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuuden tutkimusta (Aalto 2016, 217). Laaja-alainen ja monipuolinen kuva syntyy, kun arviointi tehdään yhdessä moniammatillisena yhteistyönä. Eri ammattiryhmien välisestä työnjosta on järkevä sopia etukäteen päällekkäisen työn minimoimiseksi ja voimavarojen säästämiseksi. Tulee voida sopia, mitkä arvioinnit ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet kuuluvat kenenkin vastuulle. (Sainio & Salminen 2016, 206 - 209.)

Tässä opinnäytetyössä ICF toimii kotikuntoutuksen toimintamallin arvioinnin ja sisällön apuna sekä viitekehyksenä. Tavoitteena on kehittää moniammatillista kokonaisarviointia ja kuntoutuksen suunnittelua, jossa käytetään toimintakyvyn arvioinnissa apuna sovittuja mittareita. Suorituskyvyn lisäksi pyritään siihen, että työntekijät kiinnittäisivät enemmän huomiota myös kontekstuaalisiin tekijöihin. Ympäristöä havainnoimalla ja asiakasta haastatellemalla pyritään selvittämään toimintakykyä heikentäviä tai edistäviä tekijöitä, joita hyödynnetään mittareista saatujen tulosten lisäksi kuntoutus- ja liikkumissuunnitelmien laatimisessa. Arviointi ja mittaaminen voi toimia parhaimmillaan myös asiakkaan motivaation lähteenä.

Hektisessä ja kiireisessä työelämässä käyttöön otettavien mittarien tulee olla helppoja toteuttaa, mutta silti olla luotettavia ja herkkiä mittamaan sitä, mitä niiden on ajateltu mittaavan. Tässä opinnäytetyössä valitsimme kotikuntoutusasiakkaan toimintakyvyn arviointiin The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) -BREF elämänlaatua mittaavan mittarin sekä fyysistä toimintakykyä arvioivan Short Physical Performance Battery (SPPB)-mittarin, joiden tiesimme tulevan myös organisaatiomuutoksessa kotihoitoon toimintakykyä arvioiviksi mittareiksi. Kummankin mittarin toteuttaminen on helppoa eikä vie paljon työaikaa.

WHOQOL-BREF mittari on todettu muutosherkäksi mittariksi monilla potilasryhmillä, jonka vuoksi se soveltuu vaikuttavuuden arviointiin hoito- ja kuntoutustutkimuksissa, mikäli halutaan arvioida ja seurata elämänlaatua (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2012). Mittarin kysymyspatterin avulla ja tuloksia viitearvoihin vertaamalla saadaan kuvaa asiakkaan kokemana fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja elinympäristöön liittyvistä ulottuvuuksista. Mittari soveltuu herkkyytensä vuoksi myös seurantaan.

Fysioterapiassa ja kaatumisen syiden arviossa paljon käytetty SPPB-testistö on kolmesta helposti ja nopeasti toteutettavasta osatestistä koostuva testistö, jonka on todettu soveltuvan pätevyytensä, toistettavuutensa ja käyttökelpoisuutensa osalta erinomaisesti iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointiin. SPPB-testi antaa arvokasta tietoa monesta eri liikkumiskykyyn vaikuttavasta tekijästä. Testillä arvioidaan tasapainoa, alaraajojen voimaa istumasta seisomaan nousulla sekä kävelynopeutta. Testin antamien tulosten perusteella voidaan ennakoida toiminnanvajavuuksien ilmaantumisen riskiä. Testi ei sovellu hyväkuntoisille eikä alle 60-vuotiaille. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Kuntaliiton omistamaa ja FCG Oy:n lisensoimaa RAVA-mittaria käytetään apuna ikäihmisten avuntarpeen ja toimintakyvyn mittaamisessa. Mittarin 12 kysymyksen avulla voidaan arvioida päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä mm. pukeutumista, liikkumista, syömistä, hygienian hoitoa ja lääkehuollon toteutumista. Lisäksi sillä arvioidaan aistitoimintoja, rakon - ja suolen toimintaa, muistia ja psyykettä. RAVA-indeksin vaihteluväli on 1,29 - 4,03 eli mitä suurempi arvo, sitä suurempi on asiakkaan hoidon ja avun tarve. Mittarin tuottamaa indeksiä voidaan pitää viitteellisenä arvona, mutta sen ei tulisi olla ainoa kriteeri päätöstä tehtäessä. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2012.) Mittareiden valinnassa on pyritty huomioimaan ICF- viitekehys mahdollisimman laajasti. SPPB-testi arvioi fyysistä toimintakykyä ja WHOQOL-BREF ottaa huomioon sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutuksen sekä ympäristön

merkityksen kuntoutujalle. RAVA-mittarin kautta saadaan esille lisäksi yksilöllisiä tekijöitä, kuten muistiin tai aistitoimintoihin liittyviä tekijöitä.

Toimintakyvyn arviointiin valitut mittarit (SPPB ja WHOQOL-BREF) toimivat samalla kuntoutusintervention seurannan ja arvioinnin välineenä. Kun työyhteisössä otetaan käyttöön erilaisia toimintakykyä tai palvelujen tarvetta arvioivia mittareita, kaikkien arviointia tekevien työntekijöiden tulee osata käyttää valittuja arviointimenetelmiä oikein ja tulkita niiden tuloksia asianmukaisesti. Työyhteisöissä olisikin huolehdittava riittävästä koulutuksesta, kun käyttöön otetaan erilaisia arviointimittareita. (Sainio & Salminen 2016, 209.)

3 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaiden palveluiden toteuttaminen tapahtuu yhä enemmän eri asiantuntijoiden tekemänä yhteistyönä. Tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Moniammatillisen yhteistyön ideaali soveltaminen käytäntöön on osoittautunut sosiaali- ja terveydenhuollossa haasteelliseksi. (Isoherranen 2012, 5.)

Vaikka potilastyössä yhteistyötä tehdään suoraan tai välillisesti, voi joustavan työnjaon esteeksi muodostua työtehtävien luonne, erilaiset koulutustaustat ja toimintaa ohjaavien ammattisäännösten erilaisuus (Isoherranen 2005, 13 - 14). Yhteisen ymmärryksen luominen on keskeistä kehiteltäessä yhteisesti palveluja. Palveluilla on oltava yhteinen päämäärä, muuten jokainen toimii vain omien ammatillisten viitekehysten näkökulmasta eikä asiakkaan saama palvelu ole tuolloin aina parasta mahdollista. (Jantunen, Kurki & Tuomivaara 2015, 174.)

Ikäihmisten asioiden hoitamiseen tarvitaan asiakkaiden yksilöllisen tarpeiden ja palvelujen pohjalta eri ammattilaisista koostuvien hoitotiimien osallistumista (Sanerma 2009, 106 - 107). Mukana hoitotiimeissä voi olla hoitotyön edustaja, lääkäri, ravitsemuksen asiantuntija, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Isoherranen (2005) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä moniammatillinen yhteistyö nähdään eri asiantuntijoiden välisenä työskentelynä, jossa pyrkimyksenä on asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen yhteisessä tiedon prosessoinnissa. Vuorovaikutusprosessissa jokaiselle asiakkaalle asetetaan yksilölliset tavoitteet ja pyritään löytämään

yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien käsittelystä. Keskustelua käydään ennalta sovittujen periaatteiden mukaisesti ja siihen otetaan tarvittaessa mukaan asiakas, omainen tai vapaaehtoinen auttaja. (Isoherranen 2005, 14.) Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistujien tulee kyetä kantamaan vastuuta, hahmottamaan oma tehtävänsä ja kunnioittamaan toisten asiantuntemusta. Hoitamisessa korostuvat asiakaslähtöisyys, vanhasta luopuminen sekä muutosten ja ristiriitojen hallinta. (Eloranta & Punkanen 2008, 39.) Moniammatillisen tiimityön avulla on pystytty selkeyttämään työnjakoa ja vastuunottoa sekä parantamaan henkilöstön työmotivaatiota (Sanerma 2009, 106 - 107).

On virheellistä ajatella, että vain tuomalla eri asiantuntijat yhteen syntyisi moniammatillista toimivaa yhteistyötä, jossa kaikille olisi kehittynyt yhteinen näkemys tiimityöstä ja potilaan hoidosta. Moniammatillinen tiimi ei myöskään takaa, että kaikki tapauksen kannalta oleelliset tiimin jäsenet kantaisivat heti yhteisvastuullisesti vastuuta toiminnasta ja auttaisivat potilaan ongelman ratkaisussa ja päätöksenteossa. Moniammatillisissa tiimeissä myös roolien rajojen tulisi olla joustavia tiimijäsenten taitoihin ja tietoihin perustuen ja muokkautuen potilaiden tarpeen mukaan. Myöskään yhteinen ymmärrys eri rooleista tai tehtävän jaosta ei synny itsestään. (Isoherranen 2012, 33.)

Moniammatillista ammattilaisten tiimityötä on hyvin eritasoista. Isoherrasen (2005, 17) käyttämä moniammatillista tiimityötä kuvaava sateenvarjokäsitys sisältää kaikki vaihtoehdot rinnakkain työskentelystä aina roolirajojen rikkomiseen (kuvio 2). Isoherrasen (2012, 17 - 22) mielestä moniammatillisesta yhteistyöstä tai -tiimityöstä ei ole kyse silloin, jos tiimityöskentely on vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä tiimissä ilman yhdessä tapahtuvaa minkäänlaista tiedon integrointia tai roolirajojen ylityksiä.



Kuvio 2. Moniammatillinen yhteistyön lisääntyminen kuvattuna sateenvarjokäsitteenä (Isoherranen 2005, 17).

Kiire nähdään tavanomaisempana esteenä moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle. Muita esteitä yhteistyölle voivat olla henkilökuntapula, henkilöstön vaihtuvuus ja eri ammattiryhmien vaikea tavoitettavuus. Kuitenkin moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan työtä suunnitella uudella tavalla ja kehittää uusia yhteistyön muotoja, joiden avulla kiirettä pystytään helpottamaan. (Isoherranen 2005, 149.)

4 Johtaminen kuntoutusta edistävän toiminnan kehittämisessä

Johtaminen on prosessi, jolla vaikutetaan työhön ja sen tekijöihin tavoitteena saada aikaan haluttu lopputulos. Lähiesimies on johtamisjärjestelmässä lähimpänä toimintakäytäntöä. Hänellä on keskeinen rooli strategioiden jalkauttamisessa. Hänen tehtävänä on käytännön toiminnan organisoinnin lisäksi toimintakäytäntöjen kehittäminen sekä toiminnan tulosten seuranta ja arviointi organisaation strategisten linjausten mukaisesti. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 12.)

Siun soten strategiaan on kirjattu, että palveluketjuja ja -rakennetta uudistamalla asiakkaalle rakennetaan hoito- ja kuntoutumisketju kerralla kuntoon. Samalla kun laitoshoidoa puretaan, lisätään laaja-alaista kuntoutusta. Asiakkaan palvelujen tarve määritellään tarvittaessa moniammatillisesti. Strategiaan on myös kirjattu erikseen, että työntekijöillä on lupa kehittää ja ottaa käyttöön parhaat käytännöt. Työntekijöitä rohkaistaan muutokseen. Esimiehellä on asiassa ratkaisovalta, mitkä käytännöt otetaan käyttöön. (Siun sote strategia 2017 - 2018.)

Palvelujen laatu ja vaikuttavuus ovat yhteydessä henkilöstön toimintaan ja osaamiseen. Lähijohtamisen avulla voidaan vaikuttaa henkilöstön osaamiseen, työtyytyväisyyteen ja jaksamiseen sekä tuotettuun palvelun laatuun. (Vähäkangas ym. 2012, 12.)

Esimiehen tehtävänä on olla mukana kehittämässä ja näyttämässä suuntaa, jota vaaditaan organisaation kannalta menestykselliseen toimintaan. Hänen tehtävänä on varmistaa strategioiden edellyttämän osaamisen riittävyys. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa moniammatillisen yhteistyön toimivuudessa on tärkeää tunnistaa yhteinen visio ja tavoitteet sekä niiden pohjalla toimintaa ohjaavat arvot. (Rekola 2008, 155.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksen yhteydessä on perään kuulutettu myös osallistavaan uudistamiseen tähtäävää johtamista ja johtamistapojen muutosta. Osallistavasta innovaatiotoiminnasta puhutaan, kun palvelujen kehittämiseen otetaan mukaan kaikki palvelun toteuttamiseen osallistuvat tahot. Keskeistä osallistavassa innovaatiotoiminnassa ovat käytännöt, jotka mahdollistavat yhteisen ymmärryksen palvelujen kehittämisestä ja kehittämisen tavoitteista. (Tuomivaara, Kurki & Valtanen 2015, 85.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio muodostuu eri asiantuntijoista. Asiantuntijuus ja asiantuntijuudessa kehittyminen on tärkeä osa asiantuntijaorganisaatiota. Asiantuntijuudella viitataan tietämykseen omalta ammattialalta. Asiantuntijan katsotaan myös oppivan jatkuvasti uutta ja olevan aktiivinen uuden tiedon rakentaja ja itsensä kehittäjä. Rekola (2008, 145 - 147) liittyy asiantuntijuuteen myös taidon kehittäminen palveluja asiakaslähtöiseksi. Hänen mukaansa asiantuntijuus syntyy, kun toimitaan yhdessä monialaisissa ryhmissä.

Toisaalta oppivasta organisaatiosta puhutaan silloin, kun organisaation henkilöstö jatkuvasti lisää omaa kykyään vastata todellisuuteen ja työn vaatimuksiin. Oppivassa organisaatioissa työntekijät jakavat tietoaan, kokemuksiaan, ajatusmallejaan ja osaamistaan toisten kanssa toiminnan kehittämiseksi. Oppiminen ja osaaminen ovat tärkeitä elementtejä organisaatioiden kehittämisessä ja johtamisessa. Oppiva organisaatio vaatii johtajuutta, joka luo toimintatapoja ja -ympäristöjä, jotka mahdollistavat vanhojen toimintamallien ja rutiinien muuttamisen sekä uusien ajattelu- ja toimintamallien kehittämisen. (Rekola 2008, 148.) Yhteisen ymmärryksen ja tahtotilan synnyttäminen vaatii työyhteisössä organisaatiotasolla rakenteita, jossa niin käytännön toteuttajat kuin strateginen johto voivat käsitellä ja keskustella havainnoistaan sekä havaitsemistaan palvelutarpeista. Näin asioihin saadaan riittävän monta eri näkökulmaa. Tärkeänä osana yhteiskehittelyssä olisi myös asiakkaan mukaan ottaminen suunnitteluun ja kehittämiseen. (Jantunen ym. 2015, 177.)

Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdataan yhä monimutkaisempia ongelmia, joiden ratkaiseminen vaatii ammattilaisten yhteistyötä. Pääallekkaisesta tai erillään tapahtuvasta työskentelystä syntyy helposti sekaannusta ja tehottomuutta. Lisäksi asiakkaat ja heidän omaisensa haluavat olla mukana vaikuttamassa heitä koskeviin ratkaisuihin. (Isoherranen 2012, 30.)

Isoherrasen (2012, 5) väitöstutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön ja oppimisen keskeisiksi haasteiksi osoittautuivat vaikeudet sopia ja määritellä joustavasti ammattilaisten rooleista, vastuukysymyksistä ja yhteisen tiedon luomisen käytännöistä. Haasteita oli myös tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppimisessa. Organisaation rakenteet eivät myöskään aina mahdollista yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä.

Johtamisen avulla olisi luotava käytänteitä, joissa työntekijän olisi mahdollista kollektiivisesti tunnistaa, kehittää ja yhdistellä omia osaamisalueitaan sekä lisäksi tunnistaa ja hyödyntää muiden asiantuntijoiden osaamista. Tällöin työntekijän osaaminen muuttuu organisaation yhteiseksi omaisuudeksi ja kaikkien osaamisresurssi tulisi parhaiten hyödynnettäväksi. (Rekola 2008, 149.)

Mäkinen (2015, 54 - 55) kuvaa myös Pro gradu-tutkielmassaan moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteiden kehittämisen edellyttävien ammattirajojen ylityksiä. Nämä rajojen ylitykset koettiin vahvistavan kuntouttavan työotteiden vaatimaa työntekijöiden asiantuntijuuden jatkumoa. Konkreettisesti nämä ammattirajojen ylitykset tulivat esille tilanteissa, joissa toteutetaan asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaan toisen osapuolen tai ammattiryhmän työtehtäviä. Rajojen ylitykset koettiin opettavan uusia toimintatapoja ja kykyä soveltaa kuntouttavaa työotetta omassa työssään. Samaan tulokseen olivat tulleet myös Vähäkangas ym. (2012, 8) hankkeessa, jossa paras tulos kuntoutumista edistävän mallin kehittämisessä asiakkaan näkökulmasta syntyi, kun fysioterapeutti oli hoitajien tukena toimintakyvyn arvioinnissa ja kuntoutusmahdollisuuksien tunnistamisessa.

Opinnäytetyössämme on kyse kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisestä. Vähäkankaan ym. (2012, 22) mukaan kuntouttavan toiminnan kehittämisen edistämiseksi muutosjohtamisen ja osaamisen johtamisen osalta näkökulmina ovat asiakas, prosessit, henkilökunta ja talous.

Taulukko 1. Lähijohtamiseen liittyviä haasteita kuntouttavan toiminnan kehittämiseksi (Vähäkangas ym. 2012, 22).

Näkökulma	Muutosjohtaminen	Osaamisen johtaminen
Asiakas	Toimintamallien muuttaminen kohti asiakaskeskeistä hoitoa <ul style="list-style-type: none"> • ikäihmisen arvostaminen • osallistumisen mahdollistaminen • tiedon saanti • asiakkaan omaisen huomioiminen • ikäihmisen kuntoutumista edistävä toiminta osana hoito- ja palveluketjua 	Ikäihmisen kuntoutumisen mahdollisuus arvioidaan hoito- ja palveluketjun eri tasoilla <ul style="list-style-type: none"> • ikäihmiselle turvataan riittävät tiedot, taidot ja motivaatio edistää omaa kuntoutumistaan • ikäihmiselle annetaan lisää vastuuta omasta kuntoutumisestaan
Prosessi	Kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien prosessien näkyväksi tekeminen <ul style="list-style-type: none"> • hoidonsuunnitteluprosessin kuvaaminen • moniammatillisen tiimin jäsenten roolien määrittäminen • kuntoutumista edistävien toimintamallien määrittäminen • hoito- ja kuntoutumissuunnitelman kirjaamisen tason määrittäminen 	Kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvien toimintamallien, hyvien käytäntöjen ja hoitosuosituksen hyödyntäminen <ul style="list-style-type: none"> • prosessien sisältöihin ja kuvauksiin liittyvä osaaminen ja hoidon toteutukseen liittyvä seuranta ja arviointi
Henkilöstö	Sitouttaminen kuntoutumista edistäviin toimintamalleihin	<ul style="list-style-type: none"> • noviisista asiantuntijaksi • moniammatillisuus ja konsultointi osaksi toimintakäytäntöä
Talous	Talousseurannan rinnalle nostetaan vaikuttavuuden indikaattoreita	<ul style="list-style-type: none"> • talous- ja vaikuttavuusindikaattoreiden hyödyntäminen • indikaattoreiden sisällön ja luotettavuuden hahmottaminen

Ikäihmisen kuntoutumisen perustana on hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, joka sisältää hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet, sovitut menetelmät, hoidon ja kuntoutuksen tulosten arvioinnin ja seurannan. Se on moniammatillisen tiimin keskeinen työväline. Paras mahdollinen toimintakyvyn taso saavutetaan tunnistamalla henkilön kuntoutumisen mahdollisuus, laati- malla tavoitteellinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma harjoitteluohjelmiseen sekä arvioi- malla saatuja hoidon tuloksia säännöllisesti. Kuntoutumisessa onnistuminen edellyttää kaik- kien hoitoon osallistuvien ja ikäihmisen sitoutumista hoidon tavoitteisiin ja laaditun kuntou- tumissuunnitelman toteuttamiseen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ikääntyneen henkilön kuntoutumismahdollisuudet motivoida, kannustaa ja tukea henkilön harjoittelua hoito- ja kuntoutumissuunnitelman mukaisten tavoitteiden saavuttamisessa sekä tukea omaisten osallistumista. Miten edellä kuvattu näkyy työntekijöiden työskentelyssä kuvaa heidän sitou- tumistaan kuntoutumista edistävään työskentelyyn. (Vähäkangas ym. 2012, 19.)

Lähiesimiehellä on useita keinoja, joiden avulla hän voi vaikuttaa työntekijöiden kuntoutu- mista edistävään toimintaan joko edistävästi tai estävästi. Edistäviä keinoja ovat kuuntelu,

keskustelu konkreettisista asiakastapauksista ja hoidon tavoitteista. Tärkeää on antaa positiivista palautetta yhteisesti sovittujen linjausten mukaisesti toimimisesta. Lähiesimiehen omalla toiminnalla ja esimerkillä on merkitystä työntekijöiden asenteisiin, käsityksiin ja toimintaan. Innostuneella, luovalla, osaamista arvostavalla ja henkilöstön jaksamista tukevalla vuorovaikutuksella lähijohtajalla on hyvät mahdollisuudet tukea hoitajia kuntoutumista edistävässä toiminnassa ja siihen liittyvän asiantuntijuuden kehittämisessä. (Vähäkangas ym. 2012, 17.)

5 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja lähtökohdat

Opinnäytetyömme on tehty Kiteen kaupungin kotihoidolle. Kiteen kaupunki on pieni maalaiskaupunki, jossa tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2015 oli asukkaita 10832, joista yli 65-vuotiaita oli 30,2 prosenttia (Maakuntaliitto 2017). Kiteen kaupungin perusturvassa työskentelevät työntekijät ovat olleet mukana useissa eri organisaatiomuutoksissa viimeisen seitsemän vuoden aikana. Vaikka perustyö ei henkilöstöllä ole juuri muuttunut, ovat muutokset kuormittaneet työntekijöitä henkisesti, minkä vuoksi työnkehittämiselle ei ole ollut aikaa eikä ehkä voimavarojakaan. Vuonna 2009 perustettu Sosiaali- ja terveystalvet Helli -liikelaitos purkautui lopullisesti vuoden 2012 lopussa ja samassa yhteydessä Kiteen kaupunki ja Kesälahden kunta yhdistyivät muodostaen uuden Kiteen kaupungin 2013 alkaen. Viimeisin organisaatiomuutos tapahtui vuoden 2017 alusta, jolloin aloitti Siun sotea nimenään kantava Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvet kuntayhtymä, jonka osaksi myös Kiteen perusturva siirtyi.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa Kiteen kaupungin kotihoito kuului osaksi perusturvan ikäihmistien palveluja. Perusturvajohtaja toimi organisaation johtajana ja hänen alaisuudessa toimi ikäihmistien palveluista vastaava hoito- ja hoivatyön päällikkö. Kotihoidon toimintaa johtaa kotihoidon esimies. (Kitee 2015.)

Kiteellä sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoido yhdistyivät kotihoidoksi vuoden 2006 alussa. Henkilöstölle järjestettiin seudulliset tiimikoulutukset vuosien 2005 - 2006 aikana. Koulutuksen myötä kotihoitoon perustettiin moniammatilliset tiimit ja tiimeihin valittiin tiimi- ja varavastaavat. (Väistö 2016.) Kiteen kaupunki ja Kesälahden kunnan yhdistymisen myötä myös kotihoidon toiminta yhtenäistyi koko alueella. Kiteen alueella

toimii neljä moniammatillista kotihoidon tiimiä. Vuonna 2015 säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli 305 ja tilapäisiä asiakkaita oli 534. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan vähintään kerran viikossa annettavaa palvelua ja tilapäisellä kotihoidolla harvemmin kuin viikoittain annettavaa palvelua. Kotihoidossa työskentelee 13 sairaanhoitajaa, 41 lähihoitajaa, 1 kodinhoitaja ja 1 lähiavustaja sekä kotihoidon esimies. Yhden sairaanhoitajan toimi muutettiin kotiutushoitajan toimeksi syksyllä 2016 kokeilujakson ajaksi. Viikoittain kotihoidossa on lääkäripäivä, jolloin sairaanhoitajat vievät asiakkaiden asioita lääkärin arvioitavaksi. (Laurikainen 2016.)

Kiteen kotihoidon henkilöstöä on koulutettu vuonna 2008 TEKO 75+ projektin puitteissa kunnonhoitajiksi. Koulutuksen tavoitteena oli antaa tietoja ja taitoja iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelusta sekä sen vaikutuksista liikkumiskykyyn. Koulutuksessa opittiin iäkkäiden lihasvoiman ja tasapainon testausta sekä ohjaamaan voima- ja tasapainoharjoittelua valmiiden ohjelmien mukaan. Pyrkimyksenä oli, että koulutuksen jälkeen henkilöstö pystyy tukemaan iäkkäiden omia voimavaroja kotona selviytymisen näkökulmasta. Projektin aikana iäkkäiden lihasvoiman ja tasapainon testausta sekä voima- ja tasapainoharjoittelua suoritettiin ohjelman mukaisesti. Kuitenkin projektin jälkeen suunnitelmallinen toiminta loppui nopeasti.

5.1 Kotihoidon palvelut

Kotihoidolla tarkoitetaan yhdistyneen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tehtävien muodostama kokonaisuutta. Kotihoidon toimintaa ohjaavat monet lait ja säädökset, joista tärkeimmät ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltoasetus. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että hän pystyy asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään erilaisten tukimuotojen avulla. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikäihmisiä, joilla on moninaisia terveysongelmia ja pitkäaikaissairauksia. Rajallisten resurssien takia kotihoidon palvelut ovat painottuneet entistä enemmän asiakkaiden henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon. (Ikonen 2015, 16 - 20.)

Kiteellä kotihoidon palvelut on tarkoitettu ensisijaisesti ikääntyneille yli 65-vuotiaille monisairaille, joiden itsenäinen selviytyminen on vaikeutunut. Kotihoitoa voivat saada myös pitkäaikaissairaant tai vammaiset, jos kotihoidon myöntämisperusteet muutoin täyttyvät. Kotihoidon palvelujen tavoitteena on tukea ja auttaa asiakasta selviytymään päivittäisistä toiminnoista

hänen omia voimavaroja tukien. Kotihoitoa voidaan myöntää joko tilapäisenä, säännöllisenä tai tehostettuna palveluna. (Kiteen kaupunki 2013.)

Asiakkaan kotona selviytymistä tuetaan ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan avulla, johon sisältyy palveluohjausta ja neuvontaa. Kotihoidon palvelut käsittävät kotisairaanhoidon ja kotipalvelun lisäksi erilaisia tukipalveluja. Tärkeimpiä tukipalveluja ovat terapiapalvelu, turvapuhelinpalvelu, kuljetuspalvelu ja päivätoiminta. Asiakkaalle voidaan myöntää myös yöhoitokäynti tukemaan kotona selviytymistä. (Kiteen kaupunki 2013.)

Kotihoidon piiriin tulleelle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (HOPASU) yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa sekä muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Suunnitelmaan kirjataan mm. asiakkaan toimintakyky, hoidon tavoitteet, auttamisenmenetelmät, hoidon arviointi, asiakkaan käyttämät muut palvelut sekä liikuntasuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla pystytään asiakkaalle turvaamaan oikea-aikaiset ja oikein kohdennetut palvelut. (Kiteen kaupunki 2013.)

Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on yksilöllinen ja asiakaslähtöinen, jossa kiteytyy asiakkaan koko elämäntilanne ja palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa huomioidaan asiakkaan omat toiveet ja palveluntarve sekä painotetaan ennaltaehkäisevän ja toimintakykyä kuntouttavan työn merkitystä. Hoitajan keskeisenä tehtävänä on toimia yhteyshenkilönä ja yhteistyökumppanina asiakkaan ja organisaation välillä. Parhaimmillaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen on neuvotellen etenevä prosessi, jossa asiakkaalle turvataan hänen tarvitsemansa palvelut. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13 - 17, 35.)

5.2 Kiteen kaupungin perusturvan kuntouttavat palvelut

Kehittämistyön alkaessa Kiteen kaupungin perusturvan fysioterapia kuului osaksi vastaanottopalveluja ja toimi vastaanoton esimiehen alaisuudessa. Fysioterapiassa työskenteli 3,5 fysioterapeuttia ja yksi lähihoitaja/erityisliikunnanohjaaja. Terveyskeskussairaalassa työskenteli lisäksi yksi kuntohoitaja. Hän kuului osaksi terveystieteiden osaston henkilökuntaa ja osaston esimiehen alaisuuteen. Vuonna 2017 organisaatiomuutoksessa Siun sotien organisaatioon perustettiin kuntoutuksen organisaatio, jossa kaikki Pohjois-Karjalan alueen terapiahenkilöstö muodostivat yhden yhteisen organisaation. Samalla kaikki Kiteellä työskente-

levät terapiatyöntekijät, myös osastolla työskentelevä kuntohoitaja, siirtyivät osaksi Eteläisen alueen terapiapalveluja, joilla on oma esimies. Fysioterapialla on Kiteellä kaksi toimipistettä, joista toinen Kiteen kaupungin keskustassa ja toinen Kesälahden pitäjässä. (Karppinen 2016.)

Kiteen perusturvan fysioterapiassa ikääntyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kotona asumista tukevia fysioterapiapalveluja ovat lähinnä olleet toimintakykyarviot, apuvälinepalvelut, arvioivat kotikäynnit sekä fyysistä toimintakykyä tukevat ja kohentavat ryhmät ja fysioterapiajaksot. Vuoden 2016 aikana yhden fysioterapeutin työnkuvaa oli laajennettu koskemaan enemmän kotiin annettavia palveluja. Ikäihmisten ryhmätoiminnasta huolehtii lähihoitaja/erityisliikunnanohjaaja, joka oli tarvittaessa myös tukemassa ja aktivoimassa asiakkaita terveyskeskussairaalaan kotiutumisen jälkeen. (Karppinen 2016.)

Terveyskeskussairaalaan kotiutumisesta vastasi terveyskeskussairaalaan työskentelevä kuntohoitaja. Hän teki tarvittaessa ennakoivan kotikäynnin kotiutuvan kanssa turvallisen kotiutumisen onnistumiseksi ja huolehti apuvälineiden hankkimisesta kotiutumisen turvaamiseksi. Kotiin annettavat palvelut suunniteltiin kotiutuspalavereissa, joihin myös osastolla työskentelevä kuntohoitaja osallistui. Kotiutumisen jälkeen tapahtuva kuntoutus perustui osastolääkärin tekemään arvioon ja avofysioterapialle tehtyyn läheteeseen. Jatkofysioterapiaa toteutettiin lähinnä lonkkamurtumissa ja aivohalvauspotilailla. Kuntoutus toteutettiin joko polikliinisesti tai osittain kotona. (Karppinen 2016.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kotihoidon ja fysioterapian henkilöstön toteuttaman toimintakyvyn tukemiseen ja parantamiseen tähtäävän toiminnan kehittäminen Kiteen kotihoidossa. Opinnäytetyön tehtävänä on kehittää kotihoitoa tukeva kotikuntoutuksen toimintamalli Kiteen kaupungin kotihoitoon.

Kotikuntoutuksen olemme kehittämistyössämme määritelleet *tavoitteellisesti suunnitelluksi ajallisesti rajatuksi ajanjaksoksi*, jonka aikana asiakkaan kotona moniammatillisesti toteutetaan tehostettuja toimenpiteitä asiakkaan voimavarojen tukemiseksi ja arjesta selviytymisen edistämiseksi. Kotikuntoutuksen toimintamalli haluttiin aluksi kohdistaa kotihoidon uusiin tai

terveyskeskussairaalaan kotiutuviin asiakkaisiin, mutta hyödyntää mallia myös jo kotihoidossa olevien asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa.

7 Kehittämistyön menetelmälliset valinnat

Tässä opinnäytetyössä oli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ja toimintatutkimuksen piirteitä. Opinnäytetyön lähestymistapa oli lähellä työelämän tutkimusavusteista kehittämistä, jossa kehittämistoiminnassa hyödynnetään valmiita tutkimus- ja kokemustietoon perustuvia malleja. Pääpaino oli kehittämistoiminnassa, jonka avulla pyrittiin lisäämään eri ammattilaisten välistä yhteistyötä ja muuttamaan toimintaa enemmän asiakkaan toimintakykyä tukevaksi. Opinnäytetyömme lähtökohtana oli hyödyntää jo käytössä olevia hyviä käytäntöjä Kiiteen kotihoidossa tapahtuvan kuntoutuksen toimintamallin kehittämisessä. Liikkeelle lähdettiin tavoitteiden määrittelystä edeten suunnittelun, kokeilun ja arvioinnin avulla lopulliseen kotikuntoutuksen toimintamalliin.

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa, jolla pyritään kehittämään käytäntöjä entistä toimivammaksi. Yleensä toimintatutkimus painottuu sosiaaliseen toimintaan, jonka perustana on vuorovaikutus eri toimijoiden kesken. Toimintatutkimus on ajallisesti määritelty tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa on tarkoitus suunnitella ja kokeilla käytännössä uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus voi olla myös oman työn kehittämistä, johon liittyy yhteistyötä muiden kanssa, jolloin toiminta edellyttää osallistujien välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Myös ryhmien välisen yhteistoiminnan ongelmien ratkaisemiseksi voidaan toimintatutkimuksen keinoin kehittää yhteinen toimintamalli. (Heikkinen 2006, 16 - 18.)

Moniammatillisen kehittämistoiminnan avulla yksittäinen työntekijä, ryhmä ja koko työyhteisö voivat oppia, jolloin onnistutaan myös käsitysten ja toimintamallien muuttamisessa. Kehittämistoiminnan onnistumisen kulmakiviä ovat yhteinen näkemys kehittämisen tarpeesta, johdon mukanaolo, resurssien käytettävyys, pitkäjänteisyys ja riittävä tiedottaminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55 - 61.) Parhaiten toiminnan muutos saavutetaan työntekijöiden osallistuessa toiminnan kehittämiseen. Palveluja koskevassa kehittämistyössä on tärkeää mahdollisuuksien mukaan hyödyntää työntekijöiden synnyttämät ideat, ajatukset ja näkemykset, koska he ovat oman työnsä parhaita asiantuntijoita. (Stenvall & Virtanen 2012, 191.)

Toimintatutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat ongelmakeskeisyys, käytännönläheisyys, tutkittavien ja tutkijan välinen yhteistyö sekä heidän aktiivinen osallistuminen muutos- ja tutkimusprosessiin. Tutkimuksen avulla pyritään löytämään ratkaisuja ongelmiin, jotka voivat olla ammatillisia, sosiaalisia, teknisiä, yhteiskunnallisia tai eettisiä. (Kuula 2006.) Toimintatutkija itse osallistuu kohdeorganisaatiossa tähtäävään muutokseen, jolla pyritään luomaan uusia näkökulmia organisaation toimintatapoihin, tätä väliintuloa kutsutaan interventioksi. Perinteisesti tutkijan on oletettu olevan ulkopuolinen ja objektiivinen, kun taas toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Toimintatutkimuksen erityispiirteisiin kuuluu se, että toimintatutkija ja tutkittavat ovat tasavertaisia yhteistyökumppaneita. (Heikkinen 2006, 19.)

Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla viitataan tutkimuksen ja kehittämisen väliseen yhteyteen, jossa kehittämisen käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedon tuotantoa. Pääpaino on kehittämisellä, mutta apuna kehittämisessä käytetään tutkimuksellisia periaatteita. Yksi tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähestymistapoja on toimintatutkimus, jossa korostetaan käytännön muuttumista osana tutkimusprosessia. Toimintatutkimuksessa pyritään teoretiedon ja toiminnan yhdistämiseen. Tyypillisesti toimintatutkimukseen liittyy sykliisyys. Tutkimus edellyttää useita vaiheita, joissa käytännön kokeilut ja reflektiot sekä niiden pohjalta tehdyt suunnitelmat ja arvioinnit vuorottelevat. Toimintatutkimuksessa on siis kyse toiminnan kehittämisestä ja sen systemaattisesta seurannasta. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää niin määrällisiä kuin laadullisia tiedonkeruumenetelmiä tuottamaan arviointitietoa kehittämisen onnistumisesta. (Toikko & Rantanen 2009, 21 - 23; Heikkinen 2006, 19.)

Toikko & Rantasen (2009, 14 - 16) mukaan kehittäminen nähdään konkreettisena toimintana, jolla on selkeästi määritelty tavoite ja jolla pyritään toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen. Kehittämisellä tavoitellaan aina muutosta, joka tähtää parempaan tai tehokkaampaan toimintaan. Kehittämisprosessia edistävänä tekijänä voidaan nähdä työntekijöistä lähtevä tarve toiminnan muutokselle, jolloin se johtaa helpommin muutokseen sitoutumiseen.

Itse kehittämistoiminta etenee vaiheittain, joista muodostuu eri tehtäväkokonaisuuksia. Toikko & Rantasen (2009, 56 - 63) mukaan kehittämistoiminnan vaiheet ja siihen liittyviä tehtäviä ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen. Tutkimukselliseen kehittämistoimintaan kuuluu oleellisesti näkemys taata eri toimijoille mahdollisuus osallistumiseen ja yhteiseen toimintaan. Erilaisia osallistavia menetelmiä voidaan käyttää sekä tiedon tuottamiseen, itse kehittämistoimintaan, että kehittämistoiminnan arviointiin.

Keskeisenä tavoitteena on edistää eri osapuolten välistä vuorovaikutusta toiminnan kehittämiseksi. Toimintatutkimuksessa pyritään käytännön muuttamiseen tutkittavien osallistumisen kautta. (Heikkinen 2006, 32 - 33.)

Kehittämistoiminnassa ei ole tarpeellista kerätä tietoa, niin laajasti kuin tutkimuksessa, mutta kerättävä tiedon tulee tukea itse kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminnan perustelua, organisointia ja arviointia varten käytetään erillisiä tiedonkeruun tapoja. Tietoa tuotetaan ja kerätään kehittämisprosessin etenemisen ehdoilla. Kehittämisprosessin vaiheita, aineiston tuottamisesta nousevia kysymyksiä ja aineiston toteuttamistapaa voidaan selventää matriisin avulla. Aineistoa hankitaan eri näkökulmia hyödyntäen ja erilaisten kysymysten perusteella. (Toikko & Rantanen 2009, 120.) Taulukkoon 2 on koottu, kuinka kehittämisen ja tutkimuksen näkökulma toteutuu opinnäytetyössä.

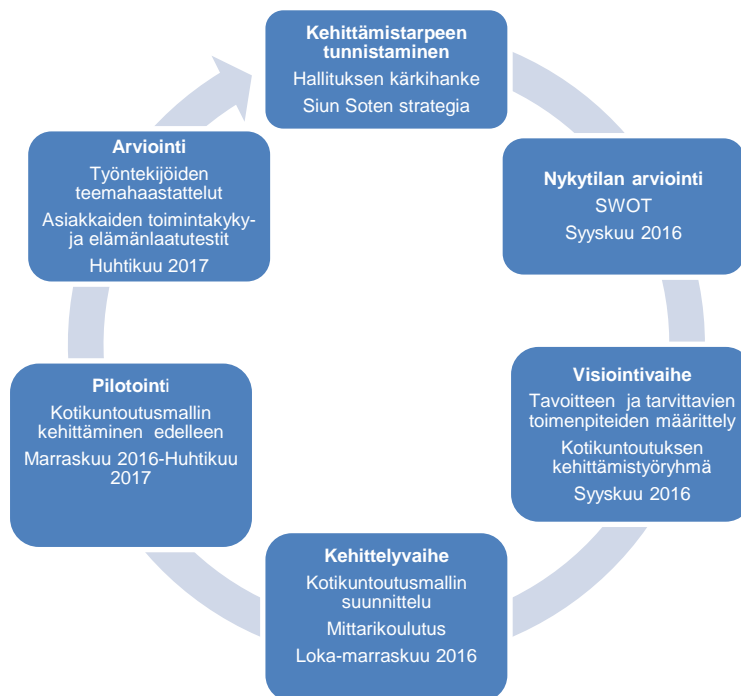
Hyvien käytäntöjen leviäminen ja juurruttaminen ei onnistu vain paperista lukemalla, vaan se vaatii monen tasoista työskentelyä käynnistyäkseen ja juurtuakseen lopulliseksi toiminnaksi. Yhdessä hankittu kokemus ja tekemällä saatu tieto helpottavat saamaan aikaan muutosprosesseja, joita tarvitaan uuden toimintamallin käyttöön ottamisessa. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 14.)

Taulukko 2. Kehittämisen ja tutkimuksen näkökulman toteutuminen tässä opinnäytetyössä (Mukaillen Arola & Suhonen 2014).

	Kehittämisenäkökulma	Tutkimusnäkökulma
1. Perustelu	Siun soten strategia Valtakunnallinen kärkihanke	Tietoperusta
2. Suunnitelma	Suunnitelman laadinta Toimijoiden valinta Tavoitteiden asettaminen	Alku tilanteen kartoitus: SWOT Kalanruotokuvio
3. Toteutus	Mallin rakentaminen osallistamalla Osaamisen varmistaminen >Mittarien käytön opetus Mallin pilotointi	Toimenpidetaulukot
4. Arviointi	Mallin arviointi	Asiakastulokset Teemahaastattelu
5. Juurruttaminen	Kehittäminen jatkuu organisaation toimintana	

8 Kehittämistyön eteneminen

Aihevalinta tapahtui keväällä 2016, jolloin esittelimme opinnäytetyömme idean. Aihevalintamme pohjalla oli tieto valtakunnallisten hankkeiden tavoitteista, tulevan organisaatiomme strategisista päämääristä ja omien ammattitaustojen kautta syntynyt tieto yhteistyön kehittämisen tarpeesta omassa organisaatiossa. Kevään ja kesän aikana hankimme teoriatietoa ja kirjoitimme opinnäytetyön taustaa. Syksyllä 2016 esittelimme opinnäytetyömme suunnitelman, jonka jälkeen varsinainen kehittämistoiminta alkoi. Kehittämisprosessi on kuvattu alla olevaan kuvioon 3.



Kuvio 3. Kotikuntoutuksen kehittämistoiminnan prosessi- ja aikataulukkaavio.

8.1 Muutostarpeen synnyttäminen ja lähtötilanteen kartoittaminen

Opinnäytetyössämme on kyse toiminnan muutokseen tähtäävästä kehittämisestä. Muutoksen onnistuminen edellyttää, että muutokseen osallistujat kokevat muutoksen tarpeelliseksi.

Opinnäytetyömme tarve kotikuntoutusmallin kehittämiseksi oli syntynyt sekä valtakunnallisista että taloudellisista vaatimuksista. Laitospaikkojen purkaminen on lisännyt painetta kotiin annettaviin palveluihin, jonka kehittämiseen osallistuvat kotihoidon henkilöstö on tuntenut omassa työssään. Palvelutarpeen lisääntymisestä huolimatta nykyisilläkin resursseilla on pystyttävä tarjoamaan laadukkaita ja asiakaslähtöisiä palveluja kotona asuville iäkkäille myös jatkossa. Ennakoimme myös tulevan organisaation tarpeita, sillä Siun soten strategisissa tavoitteissa kotiin annettavien palvelujen kehittäminen on noussut yhdeksi tärkeäksi strategiseksi tavoitteeksi (Siun soten strategia 2017 - 2018). Kehittämisen onnistuminen edellyttää, että esimiehet ja johtajat ovat kehittämisen takana ja ilmaisevat mielipiteensä kehittämisen tärkeydelle.

Kehittämistyö aloitettiin Kiteen kotihoidon- ja fysioterapian henkilökunnan yhteisellä kehittämisiltapäivällä syyskuussa 2016. Kehittämisiltapäivässä kerroimme opinnäytetyöstämme ja alustimme kehittämistyötämme. Laitoimme henkilöstön arvioimaan toimintakykyä tukevan toiminnan nykytilaa Kiteen kotihoidossa ja fysioterapiassa. Tilaisuuteen osallistui valtaosa kotihoidon henkilökunnasta, joista lähihoitajia oli kaksikymmentäseitsemän ja sairaanhoitajia yhdeksän sekä fysioterapiasta kolme työntekijää. Mukana tilaisuudessa oli myös palveluohjaaja, kaksi esimiestä ja hoito- ja hoivatyön päällikkö sekä me kehittäjät itse fysioterapeutti ja sairaanhoitaja.

Hoito- ja hoivatyön päällikkö alusti päivän teemaa johdon näkökulmasta. Tarkoituksena oli saada henkilöstö sisäistämään asian tärkeys ja sitoutumaan kehittämiseen. Aluksi kerroimme, kuinka kotikuntoutusta on määritelty yleisesti. Sen jälkeen esittelimme Eksoten ja Joensuun kotikuntoutusmallit. Nämä esitykset toimivat alustuksina ja virittäjänä päivän teemaan.

Jaoimme osallistujat neljään ryhmään siten, että ryhmissä oli tasaisesti eri ammattien edustajia (kuva 1). Moniammatillisten ryhmien tehtävänä oli arvioida kotihoidon ja fysioterapian yhteistyön nykytilaa asiakkaan voimavaralähtöisen toimintakyvyn tukemisen näkökulmasta. Pohdinta tapahtui SWOT-rakenteen mukaan vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia miettimällä. Jokaista aihetta varten seinällä oli oma fläppitaulu. Jokainen ryhmä vietti jokaisen fläppitaulun kohdalla 7 minuuttia. Näkökulmiksi valikoitui asiakkaan, työntekijän ja organisaation näkökulmat. Viimeisen taulun kohdalla ryhmä joutui vielä ryhmittelemään fläppitaululle ilmaantuneet postit-laput 3 - 4 yhdistävään teemaan. Jaettujen ryhmien "puheenjohtajat" esittivät yhteenvedot koko ryhmälle.

SWOT-analyysi on varsin soveltuva menetelmä kehittämistoiminnan alkuvaiheen suunnittelussa sekä itsereflektoinnissa kehittämistoiminnan alussa. SWOT-analyysin avulla voidaan kohdeorganisaatiota ja kehittämistoimintaa arvioida sisäisten ja ulkoisten näkökulmien kautta. Vahvuudet ja heikkoudet ovat organisaation sisäisiä tekijöitä. Vahvuudet auttavat kehittämisen onnistumista ja tavoitteisiin pääsemistä, kun taas heikkouden vaikeuttavat niitä. Heikkouksista löytyvät yleensä kehittämisen kohteet. Ulkoisia tekijöitä ovat ympäristön luomat uhat ja sen tarjoamat mahdollisuudet. Näihin ei yleensä kehittämistoiminnalla pystytä vaikuttamaan, mutta kuitenkin ympäristön mahdollisuuksia hyödyntämällä voidaan päästä parempaan lopputulokseen. (Heikkilä ym. 2008, 63.)



Kuva 1. Moniammatillinen työryhmä ja SWOT.

Ryhmissä tapahtuvan SWOT-analyysin pohjalta vahvuuksista selkeästi nousi esille henkilökunnan ominaisuudet, uhkina nähtiin sote-uudistus ja organisaatiomuutokset sekä resursien puute. Uhkana nähtiin myös henkilökunnan sitoutumisen puuttuminen. Heikkouksista nousi esiin kehitettäviin asioihin *työajan epäselvyys* ja *yhteisen ymmärryksen puute toiminnan sisällöstä, opitut toimintamallit* ja siihen liittyen ajankäytön ongelmat sekä *tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ja kirjaamisen käytännöt*. Mahdollisuuksina nähtiin oman työn mielekkyyden lisääntyminen ja asiakaslähtöisyyden paraneminen. Mahdollisuudet voivat toimia voimavarana kehittämistyössä (kuvio 4). SWOT-analyysi toimi myös apuna ymmärryksen jäsentämisessä ja sen avulla saatiin tieto siitä, että moniammatillisen kotikuntoutusmallin kehittäminen on tarpeellista ja perusteltua.

Lopuksi pyysimme osallistujilta palautetta kehittämisiltapäivästä ja ajatuksia kotikuntoutuksen tulevaisuuden näkymistä. Tilaisuus koettiin mielenkiintoiseksi ja ajatuksia herättäväksi. Ilmapiiriä kuvattiin innostuneeksi, odottavaksi sekä motivoituneeksi. Kotikuntoutus sekä kotihoiton ja fysioterapian välisen yhteistyön kehittäminen koettiin ajankohtaisiksi ja tärkeiksi asioiksi. Useammassa vastauksessa epäiltiin kuitenkin ajan riittämistä.



Kuvio 4. Kehittämisen lähtötilanne ja SWOT-analyysin tulos.

8.2 Suunnitteluvaihe

Kehittämisen organisointi ja suunnittelu voidaan aloittaa vasta kun kehittämiselle voidaan asettaa viralliset mitattavissa olevat tavoitteet (Toikko & Rantanen 2009, 58). Kotikuntoutuksen kehittämiselle oli organisaation ylin johto asettanut toimeksiantajana omat taloudelliset tavoitteensa. Kehitettävän kotikuntoutusmallin tavoitteena on turvata sairaalasta kotiutumisesta ja sen jälkeen kotona pysymistä. Tavoitteena oli siis välttää ns. pyörövi-ilmiotä, jossa potilas/asiakas palaa takaisin sairaalaan muutaman päivän tai viikon kuluessa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Toisena tavoitteena nähtiin toimintakyvyn paranemiseen liittyvä palvelutarpeen väheneminen. Myös Siun soten organisaatiolla on halu kehittää ikäihmisille suunnattuja moniammatillisia palveluja ja turvata ikäihmisten kotona asumista. (Siun sote strategia 2017 - 2018.)

Kotikuntoutusmallit ovat yksi esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon verkostomaisesta toiminnasta (Karjalainen 2009, 251). Verkostomainen palvelu edellyttää yhteisiä tavoitteita ja toisen työn ymmärtämistä. Verkostomaisen palvelun kehittämistoiminnassa joudutaan sovittelemaan erilaisia näkemyksiä ja muodostamaan yhteistä ymmärrystä toiminnan tavoitteista ja keinoista. Erilaisten näkemysten hyväksyminen mahdollistaa aidon ja tasavertaisen osallistumisen kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 10.)

SWOT-analyysin pohjalta kehittämiselle ei näyttänyt olevan esteitä, työntekijät näyttivät ymmärtävän kehittämisen tärkeyden sekä vaikuttivat palautteen perusteella olevan myös motivoituneita ja innostuneita kotikuntoutuksen kehittämisestä. Tavoitteiden ja kehittämisen organisoinnin suunnittelua varten koottiin eri ammattiryhmistä kehittämistyöryhmä, joka alkukartoituksessa saatujen tuotosten pohjalta lähtisi kehittämään kotihoitoa tukevaa kotikuntoutuksen toimintamallia Kiteen kaupungin kotihoitoon. Kotihoidon esimies ja kehittäjät (eli me) valitsimme kehittämistiimin työntekijät.

Tavoitteena oli koota mahdollisimman iso, mutta työajan käytöllisesti realistinen ryhmä. Kehittämistyöryhmä muodostui pääasiassa yhdestä kotihoitotiimistä ja kotihoidossa toimivista fysioterapeuteista, täydennettynä muutamasta työntekijästä muista kotihoitotiimeistä. Kehittämistyöryhmän avulla saavutettiin laajempi näkökulma, moniammatillinen dialogisuus sekä osallistavuus. Kehittämistyöryhmässä mukana olevan kotihoitotiimin tarkoituksena oli myös pilotoida kehittämäänsä toimintamallia prosessin kuluessa.

Pienryhmä työskentelyyn pyrittiin valitsemaan eri muutosroolin ja tiimiroolin omaavia työntekijöitä. Näin pyrittiin vähentämään muutosvastarintaa ja lisäämään valitun toimintamallin käyttöönottamisen onnistumista. Pienryhmä työskentely vaati 3 x 1,5 h aikaresurssit noin 10 työntekijältä. Kotihoidon henkilökuntaa osallistui kehittämisspalaveriin 7 - 11 työntekijää kerralla.

Kehittämisessä edettiin vaihe vaiheelta. Nykytilanteen kartoituksen jälkeen mallia kehitettiin kahdessa eri kehittämistyöryhmän tapaamisessa ennen varsinaisen kokeilun alkamista. Siun sotessa kiinnostuttiin hankkeestamme ja sieltä oli ensimmäisessä työryhmän kokoontumisessa mukana palvelujen laadun kehittämisestä vastaava kehittämisasiantuntija. Hänen läsnäolo antoi vahvistuksen hankkeemme ajankohtaisuudesta ja kotikuntoutuksen kehittämisen tarpeesta.

Kehittämistyöryhmä kokoontui kaiken kaikkiaan neljä kertaa kehittämistyön aikana. Kahdella ensimmäisellä kerralla määriteltiin kehittämiselle konkreettiset tavoitteet ja laadittiin karkea toimintamalli. Kolmas kerta muodostui toimintakykyä arvioivien mittareiden koulutuksesta. Neljännellä kerralla pyrittiin vielä vaikuttamaan ongelmiin, joita kokeiluun oli liittynyt.

Ensimmäisen kehittämistyöryhmän kokoontumisen tehtävänä oli määritellä tavoite toiminnan kehittämiselle. Tavoite tulee olla mitattavissa ja saavutettavissa. Koska johdon asettamassa yleisenä tavoitteena oli mm. kotiutuksen turvaaminen, tavoitteeksi asetettiin, että 4:n kk jälkeen sairaalasta kotiutuvat ovat edelleen kotona 70 %:sesti. Tavoite oli korkea, mutta ilman haastavaa tavoitetta ei synny kehittämisessä synny tulosta. Toiseksi tavoitteeksi asetettiin, että kaikkien interventioon osallistuvien asiakkaiden toimintakyky paranee niin, että palvelujen määrää voidaan vähentää alkutilanteesta.

Toisena tehtävänä kehittämistyöryhmällä oli pohtia kaikkia niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen joko edistävästi tai estävästi (Kantojärvi 2012, 219). Stenvall & Virtasen (2012, 109 - 110) mukaan organisaatiossa oleva tieto ja ymmärrys asiakaslähtöisyydestä syntyy vain vuorovaikutuksen ja yhdessä tekemisen kautta. Kehittämistarpeen ja yhteisen ymmärryksen pohjan luominen vaatii yhteistä keskustelua ja tekemistä. Tiedon hakeminen nykytilasta johtaa tietoisuuden kasvamiseen työyhteisössä. Asiakaslähtöisyyden osalta tiedon luominen liittyy asiakasymmärryksen kasvattamiseen ja laajentamiseen, joka edellyttää työntekijöiden osalta oppimista.

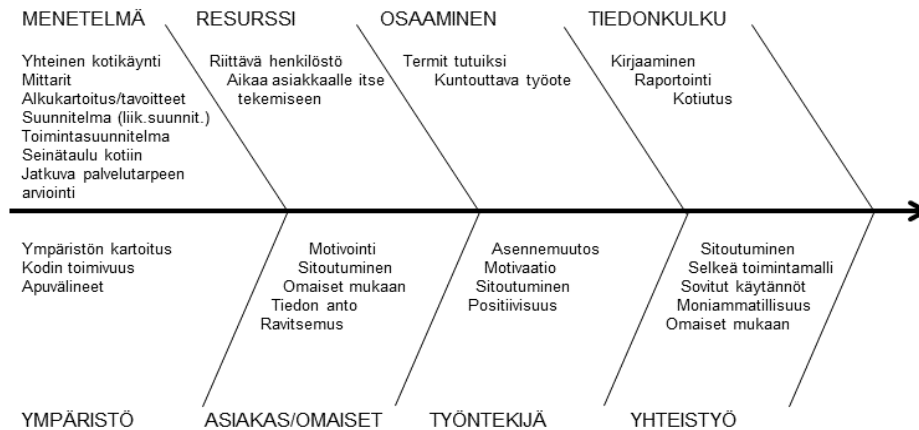
Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavien tekijöiden kartoittamiseksi ja kaikkien mielipiteiden huomioimiseksi ideointivaiheessa hyödynnettiin me-we-us-menetelmää, jossa kukin työskentelyyn osallistuva ensin pohti tekijöitä itse kirjaten ne postit-lapulle. Oman miettimisen jälkeen kehittämissyhmäläiset keskustelivat tekijöistä myös pienryhmässä.

Tämän jälkeen esille nousseet tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat tekijät koottiin yhteen eri teemojen alle, joita olivat menetelmä, resurssi, osaaminen, tiedonkulku, työntekijä, asiakas/omainen, yhteistyö ja ympäristö. Tekijöiden hahmottamisessa käytettiin apuna kalanruotokuva (kuvio 5), joka on laatutyöskentelyyn suunniteltu työkalu (Itella).

Tavoitteen saavuttamisen kannalta tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi valikoitui asiakkaan kotiutuminen, fysioterapian ja kotihoidon yhteinen kotikäynti asiakkaan kotiin sekä tiedonkulun kehittäminen, joiden suunnittelusta lähdettiin liikkeelle. Tässä yhteydessä sovittiin kolme työryhmää, jotka olivat vastuussa yhdessä valittujen aiheiden jatkokehittämisestä. Yhden työryhmän tehtävänä oli miettiä kotiutusprosessia ja siihen liittyvää vastuuta. Toisen työryhmän tehtävänä oli suunnitella fysioterapeutin ja kotihoidon työntekijän yhteisen kotikäynnin sisältöä. Kolmannen tehtävä oli miettiä keinoja tiedonkulun parantamiseen ja siihen, miten varmistetaan, että kaikki ovat toimineet asiakkaan luona sovitulla tavalla.

Työryhmässä nousi huoli siitä, kuinka kaikki saadaan sitoutumaan toimintakykyä tukevaan työskentelyyn, koska tämän koettiin vievän enemmän aikaa eikä sitä tällä hetkellä tuntunut olevan.

Tavoite: asiakkaan toimintakyky paranee ja palvelujentarve vähenee



Kuvio 5. Kehittämistyön eteneminen kalaruotokuvaiota hyödyntäen.

8.3. Kotikuntoutusmallin kehittäminen ja organisointi

Toisen kehittämistyöryhmän tapaamisen tavoitteena oli toimintamallin kehittäminen työryhmien työskentelyn pohjalta. Kehittämistoiminnan organisoinnilla tarkoitetaan käytännönteutuksen suunnittelua ja valmistelua. Toikko & Rantasen (2009, 58) mukaan tavoite muodostaa organisoinnin lähtökohdan. Tavoite voidaan jakaa myös osatavoitteisiin ja silloin toteutus voidaan jakaa erillisiin toimintajaksoihin. Organisointiin liittyy oleellisesti tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavien resurssien (työvälineet, osaaminen, työnjako) ja osallistujien määrittely.

Kehittämistapaamisen aluksi me kehittäjät kertosimme, että olimme tässä kehittämistyössä määritelleet kotikuntoutuksen *tavoitteellisesti suunnitelluksi ja ajallisesti rajatuksi ajanjaksoksi*, jonka aikana moniammatillisesti toteutetaan tehostettuja toimenpiteitä asiakkaan voimavarojen tukemiseksi ja arjesta selviytymisen edistämiseksi.

Asiakasryhmäksi olimme sopineet ensisijaisesti terveyskeskussairaalasta tai sairaalasta kotiutuvat, jotka eivät ole olleet aiemmin kotihoidon piirissä tai ne kotihoidon asiakkaat joiden palveluntarve kotiutukseen tai sairastumiseen liittyen lisääntyisi ilman tehostettuja kuntoutustoimenpiteitä.

Alustavaksi tavoitteeksi kehittämissyhmä oli kotikuntoutusmallille määritellyt asiakkaan toimintakyvyn paranemisen ja palvelujen tarpeen vähenemisen. Tavoitteeseen lisättiin myös elämänlaadun näkökulma.

Kehittämistehtäviksi oli edellisessä kehittämisspäivässä nousseet seuraavat asiat: 1) Kotiutusprosessi, 2) Fysioterapeutin ja kotihoidon yhteisen kotikäynnin toteutus ja 3) Tiedonkulku ja sovittujen toimenpiteiden toteutumisen varmistaminen.

Työryhmän keskustelujen pohjalta ryhmä laati kehittämistyöntekijöiden ohjaamana kotikuntoutuksen toimenpidemallin kokeiltavaksi. Organisoinnin ja kehittämisen apuna käytettiin toimenpidetaulukkoa, johon oli kirjattu kuntoutusprosessin eri vaiheet työnjakoineen ja tehtävineen sekä eri vaiheille asetetut tavoitteet ja mittarit. Keskeiset toimenpiteet ja prosessin vaiheet, joita edelleen aukaistiin, olivat kotiutuminen, kotihoidon ja fysioterapian yhteisen kotikäynnin toteutuminen ja heidän tekemän suunnitelman toteutumisen seurannasta sopiminen.

Terveyskeskussairaalan kuntohoitaja ja kotihoidon kotiutushoitaja olivat kuvanneet kotiutusprosessin koskien kaikkia terveyskeskussairaalasta kotiutuvia. Kaikki kotiutuvat eivät siirry automaattisesti kotikuntoutuksen piiriin. Toimintamallin alkuvaiheessa sovittiin, että osaston kuntohoitaja ja kotiutushoitaja yhdessä osaston lääkärin kanssa määrittelisivät ne asiakkaat, jotka hyötyisivät kotikuntoutuksesta. Tavoitteena oli, että mikäli asiakkaan kotiutusvaiheessa järjestetään kotiutuspalaveri, kuntoutusasia otettaisiin siinä yhteydessä esiin. Kotiutuksen yhteydessä osastolla oleva kuntohoitaja tekisi tarvittaessa apuvälinekäynnin kotiin, hankkisi apuvälineet ja varmistaisi näin turvallisen kotiutuksen. Mikäli kotiutuspalaveria ei tarvita, tieto kotiutuvasta tulisi saattaa ajoissa kotihoidolle tiedoksi hoidon- ja palvelujen järjestämiseksi.

Uutta toimintamallissa tulisi olemaan fysioterapian ja kotihoidon yhteinen kotikäynti. Työryhmässä sovittiin, että asiakkaan kotiutuessa, asiakkaan vastuuhoidtaja olisi yhteydessä fysioterapeuttiin sopiakseen yhteisestä käynnistä asiakkaan luona. Käynnin tarkoituksena on lain (980/2012) velvoittamana arvioida toimintakykyä ja laatia arvioinnin pohjalta asiakkaan

tarvitsemat kuntoutus- ja palvelusuunnitelmat. Arvioinnin tueksi sovittiin Joensuun mallin mukaan käytettäväksi WHOQOL-BREF- ja SPPB-mittaria. Kuntoutusintervention pituudeksi sovittiin 6 - 8 viikkoa, jonka jälkeen toimintakyvyn arviointi tehtäisiin uudestaan. Yhdessä laaditut suunnitelmat sovittiin kirjattavaksi hoito- ja liikkumissuunnitelman osalta kotihoidon käyttämään hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HOPASU). Mikäli asiakkaalla olisi selkeää tarvetta fysioterapiaan tai fysioterapeutti laatii asiakkaalle liikehoito-ohjeita, kirjaisi fysioterapeutti suunnitelman fysioterapialehdelle. Yhteinen potilastietojärjestelmä ja asiakkaan suositumus mahdollistivat sen, että asiakkaan tekstit näkyivät sekä terveydenhuollossa fysioterapeutille, että sosiaalihuollon puolella työskentelevälle kotihoidolle.

Yhteisesti sovitun hoito- ja liikkumissuunnitelman toteutumisen vahvistamiseksi sovittiin, että vastuuhoitaja muistuttaisi suunnitelmista kotihoidon aamupalavereissa ja kotona sovitut ja toteutuneet toimenpiteet kirjattaisiin kotihoidossa käytössä olevaan ja asiakkaan luota löytyvään viikko-ohjelma kalenteriin.

Kehittämispäivän jälkeen me kehittäjät kokosimme kotikuntoutuksen eri vaiheista toimenpidetaulukon, josta muodostui kotikuntoutuksen toimintamalli kokeilua varten. Malli jaettiin sähköisesti kaikille kotihoidon ja kuntoutuksen työntekijöille tiedoksi.

8.4 Kotikuntoutuksen toimintamallin kokeilu

Kehittämishankkeen varsinainen työskentely tapahtuu toteutusvaiheen aikana, jolloin suunnitelmat otetaan käytäntöön, ongelmiin etsitään ratkaisuja ja niitä testataan käytännössä, eli muodostetaan hankkeen tulokset. (Heikkilä ym. 2008, 99.) Koska arviointiin ja seurantaan valitut mittarit olivat vieraita kotihoidon työntekijöille, järjestettiin kehittämistyöryhmälle koulutus kyseisten mittareiden käytöstä. Mittareiden läpikäymisen kautta toimintakyvyn näkökulmaa pyrittiin ICF:n mukaan laajentamaan fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta myös sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä niiden huomioimiseen asiakkaan palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Sama koulutus järjestettiin viikko myöhemmin osalle kotihoidon hoitajista.

Suunniteltua toimintamallia kokeiltiin käytännössä yhden kotihoidon tiimin alueella syksyllä 2016 ja alkuvuodesta 2017. Kokeiluvaihe kesti kaiken kaikkiaan huhtikuun 2017 loppuun,

jolloin mallia lopullisesti arvioitiin. Toimintamallin kokeilu viivästy aluksi, koska terveyskeskussairaala ei tuntunut kotiutuvan kokeiluun sopivia asiakkaita ja lähestyvä joulu sekä vuodenvaihteeseen ajoittunut organisaatiomuutos vaikeutti kokeilun käynnistymistä.

Vaikka kehittämistyöryhmässä oli useita kotihoidon työntekijöitä, varsinaisesta kokeilusta innostui aluksi vain yksi kotihoidon työntekijä. Hänen kokeilun kautta saama tulos asiakkaan toimintakyvyssä oli niin yllättävä ja positiivinen, että hän selkeästi innostui asiasta ja halusi jakaa onnistumistaan myös muille.

Kokeilun ensimmäinen asiakas ei varsinaisesti kuulunut valittuun kohderyhmään vaan asiakkaan apaattisuus ja liikkumiskyvyn merkittävä heikentyminen oli huolestuttanut vastuuhoitajaa. Hän oli pyytänyt fysioterapeuttia kanssaan kotikäynnille lähinnä harjoitellakseen toimintakykykymittareiden käyttöä sekä niiden tulkintaa. Tämän jälkeen he olivat fysioterapeutin kanssa yhdessä tehneet suunnitelman asiakkaalle. Merkittävä oivallus hoitajalle oli syntynyt hänen tehdessään WHOQOL-BREF-haastattelua asiakkaalle. Asiakas oli haastattelussa kertonut hoitajalle olevansa hyödytön omassa kodissaan, kun hoitajat tekevät kaiken hänen puolestaan. Tämä oli "herättänyt" hoitajan ja hän oli alkanut yhdessä asiakkaan ja fysioterapeutin kanssa suunnitella, mitkä tehtävät olisivat ne, jotka kuuluvat asiakkaalle ja mitkä hoitajalle. He myös sopivat tehtävät, joita he tekisivät yhdessä. Fysioterapeutti oli tehnyt asiakkaalle liikehoito-ohjelman, jonka toteutuksen valvonta jäi hoitajalle. Muutokset hoitajan toiminnassa vaikutti muutamassa viikossa asiakkaan toimintakykyyn ja mielialaan. Muutos oli huomattu myös päivätoiminnassa, jossa asiakas kävi kaksi kertaa viikossa. Aluksi vastuuhoitaja oli lisännyt asiakkaan luona vietettyä aikaa, mutta asiakkaan toimintakyvyn kohentuessa ajantarve väheni.

Edellä kuvatusta positiivisesta kokemuksesta huolimatta kokeilu ei lähtenyt käynnistyäkseen. Tammikuussa 2017 kehittämistyöryhmä vielä pohti, miksi mallin kokeilu ei ollut käynnistynyt toivotulla tavalla. Alkuperäinen tavoite kohdistaa mallin kokeilu terveyskeskussairaalaan kotiutuviin ei ollut toteutunut. Vaikka kehittämistyöryhmä laati kotiutukseen liittyen oman toimintamallin, jossa oli sovittu omat vastualueet ja velvollisuus saattaen vaihtaa asiakas terveyskeskussairaalaan kotiin ja mahdollisen kotikuntoutuksen piiriin, ei kokeilun aikana toteutunut yhtään asiakkuutta mallin sopimalla tavalla. Terveyskeskussairaalan kuntohoitajan mielestä ajanjaksolla ei ollut kotiutunut yhtään asiakasta, joka olisi täyttänyt alussa sopimamme kriteerit. Ajanjaksolla kotiutuneet eivät olleet tarvinneet vielä kotihoidon

palveluja ja olivat siirtyneet suoraan fysioterapeutille jatkokuntoutukseen eikä yhteistä kotikäyntiä näissä tilanteissa ollut tapahtunut.

Keskustelussa kävi myös ilmi, että kotihoidon asiakkaiden kotiutumisessa oli tapahtunut myös tietokatkos, joka oli johtunut organisaatiomuutokseen liittyvistä potilastietojärjestelmään tulleista muutoksista. Entinen työviesti otsikko ei ollut vienyt tietoa osastolta kotiutuvasta kotiutushoitajalle. Tietokatkos oli selvinnyt vasta muutamien viikkojen kuluessa. Nyt sovittiin uudesta yhteydenottokäytännöstä, jolla osaston kuntoutustyöntekijä saattaa tiedon kotiutuvasta kotihoidon kotiutushoitajalle, joka lukisi viestit päivittäin. Hänen tehtävänä oli välittää tieto asiakkaan vastuuhoitajalle, jonka tehtäviin kuului yhteydenotto fysioterapiaan yhteisen kotikäynnin sopimiseksi.

Ongelmia oli edelleen myös vastuunjaossa ja yhteistyössä. Kotihoidossa olevien asiakkaiden kohdalla yhteinen kotikäynti oli viivästynyt, koska fysioterapeutti oli odottanut yhteydenottoa kotihoidosta edellä sovitun käytännön mukaisesti. Vastuuhoitajat eivät kuitenkaan olleet ottaneet yhteyttä fysioterapeuttiin. Kotihoidossa odotettiin ja toivottiin, että fysioterapeutti olisi enemmän jalkautunut kotihoitoon. Fysioterapeutin säännöllisistä käynneistä kotihoidossa sovittiin tässä palaverissa.

Samalla sovittiin, että koska kotiutuvia asiakkaita ei tuntunut löytyvän, jokaisesta kotihoitotiimistä etsittäisiin yksi asiakas mallin kokeiluun niistä asiakkaista, joiden toimintakyky oli lähiaikoina syystä tai toisesta heikentynyt ja olisi todennäköinen vaara joutua raskaampiin palveluihin. Asiakkaille tehtäisiin alkuperäisen suunnitelman mukaan sekä alku- että loppumittaukset sekä yhteinen hoito- ja liikkumissuunnitelma asiakkaan kanssa yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitelma kirjattaisiin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Toimenpidesuunnitelman toteutumista seurattaisiin asiakkaan luona olevan päivätoimintakalenterin avulla.

Kehittämistyöryhmän keskustelussa tuli ilmi asenne kokeilua kohtaan. Osa oli sitä mieltä, että kokeilua ei oltu koettu tarpeelliseksi ja johdon velvoite kokeiluun koettiin puutteelliseksi. Tilanteen korjaamiseksi ehdotettiin asian esiin nostamista säännöllisesti kotihoidon palavereissa. Toinen kehittämistyöntekijä ottaisi asian puheeksi myös esimiehen kanssa.

Kehitettyä toimintamallia kokeiltiin muutamilla asiakkailla (liite 1). Mallin kokeilu toteutui osittain loppujen lopuksi neljän asiakkaan kohdalla pilotoinnin aikana.

9 Kotikuntoutuksen toimintamallin arviointi

Arvioinnin tarkoituksena on suunnata ja ohjata kehittämistoimintaa, jonka vuoksi arviointia tulee tehdä koko kehittämisprosessin ajan. Lisäksi arvioinnin kautta saadaan tietoa kehitettävästä asiasta, onko kehittämisellä saavutettu sille asetetut tavoitteet. Systemaattisen ja tarkan aineistonkeruun avulla pystytään tekemään realistista arviointia. Arviointia voidaan tehdä myös toimijoiden osallistumisen näkökulmasta ja sillä voidaan pyrkiä yhteisen merkityksen luomiseen. Arvioinnin tärkein lähtökohta on siis kehittämissuunnitelma ja siinä määritellyt tavoitteet. Kehittämis toiminnan tulosten levittäminen tai juurruttaminen, ei välttämättä onnistu ongelmitta varsinaisen kehittämisprosessin aikana. Tuotteistamisen tai koulutuksen kautta voidaan pyrkiä tulosten levittämiseen. Levittämistoiminnan haasteena on saada toimijat sitoutumaan pitempiin sosiaalisiin prosesseihin. (Toikko & Rantanen 2009, 61 - 63.)

Kehitetyn toimintamallin sisään oli prosessin joka vaiheeseen määritelty tavoitteet ja niille omat seurattavat mittarit omaan toimenpidetaulukkuun (liite 1). Oma mittari oli määritelty niin kotiutuksen onnistumiselle kuin kuntoutuksen aloittamiselle. Kokeiluun ei ohjautunut yhtään asiakasta terveyskeskussairaalaan, vaikka lopulta kahdelle asiakkaalle aloitettiin kuntoutus sairaalajakson jälkeen. Viivettä kuntoutuksen aloittamiseen siis syntyi. Kotiutuksen osuutta tai onnistumista emme voineet arvioida, koska kokeiluvaihe olisi ollut liian lyhyt mallin arvioimiseen siltä osin.

Tarkoituksenamme oli kotihoidon ja fysioterapian henkilöstön toteuttaman toimintakyvyn tukemiseen tähtäävän toiminnan kehittäminen Kiteen kotihoidossa. Mallin onnistumista arviointiin kokeilussa olleiden asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuneilla muutoksilla sekä teemahaastattelemalla mallin kokeiluun osallistuneita työntekijöitä.

Toimintamallin tavoitteena oli, että 90 % kuntoutukseen osallistuneilla toimintakyky lisääntyisi jakson aikana. Kuuden viikon kuntoutusinterventio on riittävän pitkä saamaan aikaan muutoksia toimintakyvyssä. Toimintakyvyn arvioinnissa ja kuntoutuksen suunnittelun tukena käytetyt fyysisen toimintakyvyn (SPPB) ja elämänlaadun mittari (WHOQOL-BREF) toimivat samalla hyvin myös toimintamallin arvioinnissa.

Teemahaastattelua käytetään yleisesti, kun halutaan selvittää ihmisten mielipiteitä tietyistä asioista. Voidaan puhua eräänlaisesta keskustelusta, jossa haastattelija ohjailee toimintaa

ja pyrkii selvittämään avoimessa vuorovaikutuksessa haastateltavien mielipiteitä teema-alueista. (Eskola & Vastamäki 2015, 27 - 28.) Tyypillisesti haastattelutilanteessa esille otettavat aihepiirit eli teema-alueet ovat ennalta hyvin pohditut ja määritellyt. Kuitenkin kysymysten tarkka muoto ja järjestys voivat olla vielä avoimia. (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2003, 195.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, koska esitettävät kysymykset ovat kaikille samat eikä niihin ole valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan haastateltava voi vastata omin sanoin (Eskola & Vastamäki 2015, 29).

Teemahaastatteluaineiston analysoinnissa voidaan käyttää teemoittelua, jolloin aineisto jäsennetään pelkistäen teemojen mukaan. Toinen vaihtoehto on tyypittelemineen, jossa aineistosta rakennetaan erilaisia tyypikuvauksia. Teemahaastattelun etuna on se, että litteroinnin jälkeen aineisto voidaan järjestää uudelleen teemoittain, jolloin kunkin teeman alle saadaan kaikkien haastateltavien vastaukset. Jatkossa aineistoa on helpompi analysoida teemoittain eli teema kerrallaan aineistosta etsitään tutkimustehtävän kannalta kiinnostavia asioita. Analyysi etenee siis vaiheittain ja aineisto pelkistyy vähitellen. (Eskola & Vastamäki 2015, 43.)

Menetelmänä käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelua, jossa molempien haastateltavien kanssa kävimme läpi samat aihepiirit. Haastateltaviksi valitsimme kotikuntoutuksessa mukana olevan fysioterapeutin ja kotihoidosta kehittämistyöryhmässä ja pilotoinnissa mukana olleen lähihoitajan. Haastattelut nauhoitettiin ja saatu aineisto litteroitiin. Sisällönanalyysin avulla aineisto teemoitettiin ja vastaukset ryhmiteltiin tavoitteiden näkökulmasta aihealueittain. Eri ammattiryhmiä edustavien vastaajien vastauksista selvitettiin, mitä yhtäläisyyksiä ja eroja niistä löytyi.

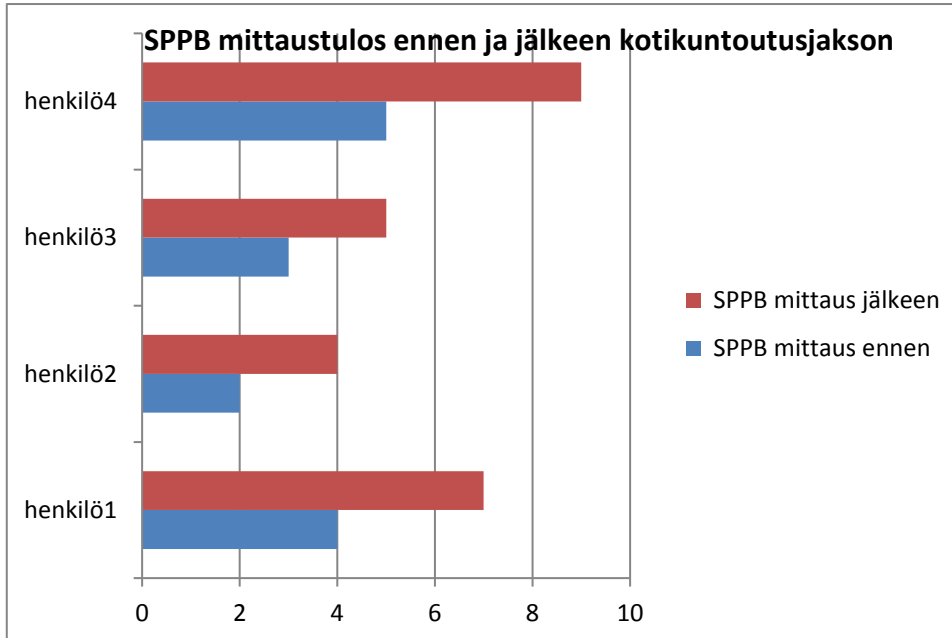
9.1 Asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset kokeilun aikana

Yhdessä kehittämistyöryhmän kanssa laaditun kotikuntoutuksen toimintamallin kokeilu ei onnistunut odotetulla tavalla. Kokonaisen 6 - 8 viikon jakson kokeiluun valikoitui lopulta vain neljä asiakasta kolmen eri hoitajan toimesta. Kokeilujaksoista kolme alkoi vasta vuoden 2017 puolella viimeisen kehittämistyöryhmän kokoontumisen jälkeen. Kahdelle kotikuntoutusjakso alkoi sairaalasta kotiutuksen jälkeen kotihoidon aloitteesta ja kahden kohdalla jakso

aloitettiin, koska vastuuhoidaja oli huolissaan asiakkaan toimintakyvyn voimakkaasta heikentymisestä ja palvelutarpeen kasvusta. Kaikille neljälle toteutui hoitajan ja fysioterapeutin yhteinen kotikäynti, mutta kotiutukseen liittyvä aloituskäynti toteutui parin viikon viiveellä eikä heti kotiutuksen jälkeen kuten mallissa oli sovittu. Syynä siihen oli kotihoidossa työskentelevän fysioterapeutin loma.

Fysioterapeutti kävi asiakkaiden luona keskimäärin kolme kertaa interventiojakson aikana. Itse kuntouttavan toiminnan vastuu oli kotihoidon hoitajilla. Lisäksi asiakkaan vastuuhoidaja oli ollut puhelimitse yhteydessä fysioterapeuttiin keskimäärin kaksi kertaa interventiojakson aikana. Puheluiden sisältönä oli ollut lähinnä fysioterapeutin konsultointi ongelmatilanteissa ja tarve harjoittelun muuttamiseen.

Kaikkien neljän kokeiluun osallistuneiden asiakkaiden kohdalla fyysisessä toimintakyvyssä tapahtui paranemista SPPB mittarilla arvioituna (kuvio 6) ja myös elämänlaadussa tapahtui kohentumista kaikkien neljän kohdalla. SPPB:llä arvioituna kaikkien lähtötilanne fyysisessä toimintakyvyssä oli heikko vaihdellen 2-5 pisteeseen/12 pisteestä ja lopussa saavutettiin parhaimmillaan 9/12 pistettä.



Kuvio 6. Pilottiin osallistuneiden asiakkaiden fyysisen suorituskyvyn tulokset ennen ja jälkeen kuntoutusjakson SPPB mittarilla arvioituna.

Elämänlaadussa tapahtui muutosta kaikkien neljän ulottuvuuden eli fyysisen, sosiaalisen, psyykkisen sekä elinympäristön hallinnan osalta WHOQOL-BREF-mittarilla arvioituna. Tosin psyykkinen ulottuvuus parani vain yhdellä ja kolmella säilyi ennallaan. Kolmen kohdalla kotihoidon käyntien määrää voitiin vähentää kuntoutusinterventiojakson lopussa. Yhden kohdalla käyntien määrää ei voitu vähentää muistisairauden ja lääkehuollon vuoksi, vaikka hänenkin toimintakyvyssä, elämänlaadussa sekä mielialassa tapahtui merkittävää parannusta intervention aikana. Tavoite toimintakyvyn paranemiseksi saavutettiin. Toimintakyky parani 100 % kuntoutukseen osallistuneilla. Myös palvelujen tarpeen osalta tavoitteeseen päästiin, sillä kolmelta käynnejä voitiin vähentää jakson jälkeen.

9.2 Kotikuntoutuksen toimintamallin kokeilun arviointi ja kehittämisideat työntekijöiden kokemana

Kehitetyn kotikuntoutuksen toimintamallin tuloksen ja käyttökelpoisuuden arvioimiseksi haastattelimme toimintamallin pilotointiin osallistunutta fysioterapeuttia ja yhtä kotihoidon lähihoitajaa. Toteutimme teemahaastattelut (liite 2) huhtikuussa 2017 yksilöhaastatteluina. Halusimme selvittää haastatteluilla työntekijöiden kokemuksia kokeilusta, moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta, kotikuntoutuksen toimintamallin toimivuudesta, sen haasteista ja kehittämisideoista. Käytämme haastattelun tuloksia apuna arvioidessamme kehitetyn kotikuntoutusmallin käyttökelpoisuutta käytäntöön. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litteroitua aineistoa kertyi yksitoista sivua.

Haastatteluista esitetään keskeisimmät tulokset teemoittain. Tekstin yhteyteen on lisätty suoria lainauksia haastatteluista selventämään ja tukemaan esitettyjä asioita. Alkuperäiset ilmaukset on esitetty kursivoituna lainausmerkeissä.

9.2.1 Kotikuntoutuksen toimintamallikokeilun onnistuminen

Molempien haastateltavien mielestä kotikuntoutuksen toimintamallin kokeilu ei täysin toteutunut laaditun suunnitelman pohjalta. Suunnitteluvaiheessa oli tarkoituksena suunnata tämä malli uusille terveyskeskussairaalaista kotiutuville asiakkaille. Kuitenkaan näitä asiakkaita ei

kokeilun aikana ollut. Asiakkaat, joille kotikuntoutusta lähdettiin toteuttamaan, olivat kotihoiton entisiä asiakkaita, joiden toimintakyky ja itsenäinen selviytyminen oli alkanut heikentyä. Muutamalle asiakkaalle aloitettiin kotikuntoutus sairaalasta kotiutumisen jälkeen vasta kotihoiton aloitteesta. Kuntoutus aloitettiin, koska palvelujentarve oli lisääntynyt sairaalajakson aikana ja asiakkaan oma motivaatio kuntoutumiseen oli heikentynyt. Epäselväksi jäi, miksi näitä asiakkaita ei oltu jo terveyskeskussairaalassa määritelty kotikuntoutus asiakkaiksi. Näissä tapauksissa kotikuntoutuksen aloittaminen viivästy:

”Kotikuntoutuksen aloittamiseen tullut viive näissä tapauksissa, sitä mie en tiijä miksi näin, mie reagoin niihin, mistä minnuun on oltu yhteydessä. Tää on semmonen, mitä kannattaa varmasti miettii”.

Toisen haasteltavan mielestä kaikki työntekijät eivät ottaneet kotikuntoutusta tosissaan eivätkä noudattaneet laadittua suunnitelmaa. Syynä tähän voi haastateltavan mielestä olla työntekijöiden negatiivinen asenne kotikuntoutusta kohtaan tai välinpitämättömyys. Myös kiireellä ja ajan riittämättömyydellä oli kotikuntoutuksen laiminlyöntiä perusteltu. Joillakin työntekijöillä oli epäselvyyttä siitä, miten yhteiset kotikäynnit ja suunnitelman teko toteutetaan:

”Välillä tuntuu ihan kuin se olis välinpitämätöntä ja asenne kysymys”.

Myös toisen haastatellun mielestä työntekijöiden asenteessa kotikuntoutukseen oli vaihtelua. Joissakin tapaamisissa oli tullut tunne, että osa työntekijöistä oli tullut paikalle keskustelemaan asioista vasten omaa tahtoaan.

9.2.2 Työntekijöiden toimintatavoissa ja yhteistyössä tapahtunut muutos

Toinen haastateltu toi esille, että hänen työskentelytavat olivat muuttuneet pilotoinnin aikana ja työnlaatu oli parantunut. Työskentely koettiin miellyttävämpänä, kun asiakkaan puolesta ei enää tehty asioita. Asiakkaan hyvä mieli toi iloa ja onnistumisen tunteen myös työntekijälle. Entistä työskentelytapaa pidettiin opittuna mallina, jossa asiat tehtiin asiakkaan puolesta.

”Ensimmäinen elämänlaatu testaus herätti ajattelemaan, kun asiakas sanoi, ettenhän mie ole voinut tätä ihe tehdä, kun miule on tehty puolesta”.

Aiemmin myös kiirettä pidettiin esteenä asiakkaan aktivoimiseksi, mutta nyt kokemuksen myötä on huomattu, että asiakkaan toimintakyvyn parantuessa, voi hän itse hoitaa ennen hoitajan tekemiä askareita. Vapautunutta aikaa on voitu hyödyntää jopa kuntoutukseen:

”Kun asiakas tekee ite enempi, mitä mie oon aikaisemmin tehnyt esimerkiksi puuron ja tämmöset, niin se jää miulta pois ja myö voidaan keskittyä siihen kuntoutusjuttuun”.

Toinen haastateltu koki, että yhdessä kotikäyntien tekeminen ja asioiden läpikäyminen auttoivat työntekijöiden sitoutumisessa kotikuntoutukseen. Myös ohjaus ja tiedon saanti siitä, miksi harjoitteita kannattaa tehdä sekä omat myönteiset kokemukset, voivat auttaa sitoutumisessa. Myös yleistä ajattelutavan muutosta pidettiin toivottavana:

”Oma postiviinen kokemus vois olla laukaiseva tekijä myös muille lähteä kokeilemaan”.

Tärkeänä havaintona nousi esille myös työntekijän oma oivallus, siitä miksi asiakkaan toimintakyvyn aktivointia ei ole toteutettu näin jo aikaisemmin. Kaikki työntekijät olisi saatava motivoitumaan asiakkaan aktivoimiseen, eikä kiire saisi siihen olla esteenä.

Toinen haastateltu ei kokenut pilotoinnin paljon muuttaneen hänen työskentelyänsä. Yhteinen kotikäynti auttoi muodostamaan kokonaisvaltaisemman näkemyksen asiakkaan tilanteesta. Myös toisten työntekijöiden ohjaus lisääntyi kokeilun myötä. Pilotoinnin jälkeen testejä on asiakkaille tehty entistä säännöllisemmin ja suunnitellusti.

Molemmat haastatellut kokivat, että moniammatillinen yhteistyö lisääntyi ja parantui pilotoinnin aikana. Yhteisten kotikäyntien myötä asioita ajateltiin enemmän asiakkaan näkökulmasta ja pyrittiin löytämään yhteinen näkemys asiakkaan tilanteesta sekä laatimaan suunnitelma sen pohjalta. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä koettiin yhteisen ajan löytymisen ja lupa kotikuntoutuksen kehittämiseen pilotoinnin myötä.

”Kyllä myö nyt oikeesti tehhään enempi yhdessä, myö molemmat ajatellaan enempi sitä asiakasta sillä omalla näkökulmalla ja pyritään saamaan yhteinen näkemys ja suunnitelma”.

Säännöllisiä fysioterapeutin käyntejä kotihoidon toimistolla kaivattiin enemmän, vaikka puhelimen välityksellä yhteydenpito oli kuitenkin onnistunut hyvin. Yhteistyön parantamiseksi

ja kuntouttavasta työotteesta muistuttamiseksi ja kuntoutuksen mahdollisuuksien herättämiseksi fysioterapeutin säännölliset käynnit kotihoidossa koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajien osallistumista kotikuntoutukseen toivottiin lisää. Sairaanhoitaja voisi tehdä enemmän kotikäyntejä kotikuntoutus asiakkaiden luokse ja tuoda samalla oman asiantuntemuksensa mukaan.

Työnjako yhteisillä kotikäynneillä oli muotoutunut luontevasti. Kotihoidon hoitajat olivat huolehtineet elämänlaatutestin tekemisestä ja fysioterapeutti toimintakykytestin tekemisestä. Tarvittaessa fysioterapeutti auttoi ja ohjasi molempien testien tekemisessä. Saatuja tuloksia oli tulkittu yhdessä ja laadittu yhteinen suunnitelma asiakkaan arjen aktivoimiseksi. Kokemuksen karttuessa oli kotihoidon työntekijöiden omat ajatukset ja ideat lisääntyneet asiakkaan aktivoimiseksi ja kuntouttamiseksi.

Molemmat haastatellut kokivat kotikuntoutuksen kehittämisen myötä myös heidän työmotivaationsa parantuneen. Uusien toimintatapojen opettelu ja totuttujen työrutiininen muuttaminen oli tuonut työhön uutta mielenkiintoa ja haastetta. Toinen haastateltu koki, että kotikäynneillä sai käyttää enemmän omaa luovuuttaan, kun joutui miettimään, miten näissä olosuhteissa juuri tämän ihmisen toiminatakyvyn aktivointi suunnitellaan ja toteutetaan.

9.2.3 Kotikuntoutuksen toimintamallin arviointi

Kotikuntoutus toimintamallin pilotoinnista saatujen kokemusten perusteella mallia voidaan pitää onnistuneena ja toimivana. Kokeilussa ollut malli oli enemmän kotihoitoa tukeva malli, koska kaikki kokeilussa mukana olleet asiakkaat olivat jo kotihoidon palvelujen piirissä. Jatkossa mallin kehittämistä tulee jatkaa sekä pohtia, miten sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden kotikuntoutuksen aloitus saadaan toimimaan. Kriteerit kotikuntoutuksen aloittamiseksi kaipaavat tarkennusta:

”Kyllä se malli toimii, mutta pitäis vaan katsoa, että hylätäänkö jotkut asiat vai jätetäänkö hautomaan ja mikä toimii, niin ruvetaan niitä vahvistamaan”.

Molemmat haastatellut työntekijät olivat vakuuttuneita kotikuntoutuksen hyödyllisyydestä asiakkaiden kuntoutumisen tukemiseksi. Asiakkaat olivat aktiivisemmin osallistuneet itseään koskevaan päätöksentekoon ja oman arjen hallintaan. Myös heidän elämänlaatu parantui ja he olivat lähes poikkeuksetta iloisempia, pirteämpiä ja omatoimisempia.

”Kyllähän varmasti ne asiakkaat jotka ovat hyötäneet selkeästi, niin kyllähän se heille on tuonut arkeen enemmän päätäntävaltaa ja sitä, että ite voi osallistua omaan päiväänsä”.

”Elämänlaatu on parantunut näiltä ihmisiltä, se on huomattu”.

Toinen haastateltu koki, että asiakkaiden mielialan kohenemiseen vaikutti se, että he kokivat itsensä tärkeäksi ja he saivat uutta sisältöä elämäänsä. Asiakkaalle tuo mielihyvää se, kun annetaan itse tehdä, vaikka se välillä onkin hidasta. Vaikka muutokset asiakkaan arjen aktiivinnissa olivat alussa pieniä, oli niillä kuitenkin koettu olevan suuri vaikutus asiakkaiden mielialaan. Esimerkiksi tyynyliinujen ja pussilakanan vaihto yhdessä työntekijän kanssa oli asiakkaasta todella mieleistä ja hän oli tästä ilahtunut.

9.2.4 Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittämisideat

Haastatteluista nousi haasteeksi oikeiden kotikuntoutus asiakkaiden määrittelemineen. Nyt jotkut asiakkaat ovat valikoituneet kotikuntoutukseen lähinnä siksi, kun mallia on haluttu lähteä muutamille kokeilemaan. Kuitenkin kokeilussa oli mukana asiakkaita, joille kotikuntoutus oli tarpeellinen ja heidän toimintakyky saatiin paranemaan.

”Kyllä tällä mallilla pystyttäisiin ehkäisemään kotihoidon asiakkaaksi tuleminen, mutta muistisairaat eivät tähän käy”.

Haastateltavat arvioivat, että koulutuksella ja tiedon lisääntymisellä olisi myönteinen vaikutus työntekijöiden motivaatioon kotikuntoutuksen kehittämisessä. Koulutusta voisi olla tietystä teemoista, johon kouluttaja voisi löytyä jopa oman moniammatillisen tiimin sisältä. Kotikuntoutus tulisi saada osaksi jokapäiväistä työtä, jonka kautta se saataisiin juurrutettua vakiintuneeksi toimintatavaksi.

Kehittämiskohteina nousi esille myös testien ja suunnitelmien kirjaamiseen liittyvät asiat. Nyt kirjaaminen koettiin sekavaksi, eikä yhteisesti sovittu kirjaamiskäytäntö ollut toteutunut. Jatkossa voisi myös kehittää ns. agentti toimintaa, jossa kotikuntoutukseen perehtynyt työntekijä toimisi toisten työntekijöiden ohjaajana ja he voisivat tehdä yhteisen kotikäynnin asiakkaan luo. Kuitenkin samalla nähtiin tärkeäksi, että fysioterapeutti olisi se, joka olisi ensimmäisellä kotikäynnillä mukana, jolloin hänen osaamisensa saataisiin käyttöön.

Molemmat haasteltavat toivoivat myös esimiesten ja johdon osallistumista sekä sitoutumista kehittämisprosessiin. Esimiehen toivottiin säännöllisin väliajoin kysyvän kokemuksista kotikuntoutuksista ja muistuttelevan sen tärkeydestä esimerkiksi palavereissa. Tärkeänä nähtiin myös työntekijöiden kannustaminen ja kiittäminen siitä, miten tärkeää työtä he tekevät:

”Se pitäis mennä esimiehen kautta ja sieltä tulla selkeät ohjeet, että nyt tämän toimintamalli on meillä ja näin toimitaan”.

”Jos johto ja esimies ei ole siinä mukana, niin ei se mikään pitkään siinä elä”.

10 Tulos

Opinnäytetyömme tavoitteena ja tehtävänä oli kehittää kotihoitoa tukeva kotikuntoutuksen toimintamalli Kiteen kotihoitoon. Kehittämistyön tarkoituksena oli samalla parantaa kotihoitoon ja fysioterapian henkilöstön toteuttaman toimintakyvyn tukemiseen ja parantamiseen tähtäävää toimintaa. Kotikuntoutuksen toimintamalli haluttiin aluksi kohdistaa kotihoidon uusiin tai terveyskeskussairaalaan kotiutuviin asiakkaisiin, mutta hyödyntää mallia myös jo kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa.

Kotikuntoutuksen tässä opinnäytetyössä määrittelimme *tavoitteellisesti suunnitelluksi ajallisesti rajatuksi ajanjaksoksi*, jonka aikana asiakkaan kotona moniammatillisesti toteutetaan tehostettuja toimenpiteitä asiakkaan voimavarojen tukemiseksi ja arjesta selviytymisen edistämiseksi.

Opinnäytetyön kehittämisen kautta syntynyt lopullinen malli (kuviokuva 7) kohdistuu jo kotihoidon piirissä oleviin asiakkaisiin. Toimintamallista jätettiin pois kotiutusprosessi. Sen katsottiin olevan oma prosessinsa. Tavoitteena tällä mallilla on estää palvelujentarpeen lisääntyminen kotihoidon asiakkailla sekä siirtää tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoidon joutumista.



Kuvio 7. Kotihoitoa tukeva kotikuntoutusmalli Kiteen kotihoidossa.

Opinnäytetyössä on otettu käyttöön kotihoidon vastuuhoitajan ja fysioterapeutin toteuttama yhteinen kotikäynti. Se lisäsi asiakkaiden toimintakykyä tukevaa toimintaa ja yhteistyötä kotihoidon ja fysioterapian välillä. Tällä mallilla voidaan opinnäytetyön tulosten mukaan vähentää jonkin verran myös palvelujen tarvetta.

11 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Kiteen kaupungin alueelle kotikuntoutuksen toimintamalli. Lähtötilanteessa kotihoidossa ei työskennellyt yhtään päätoimista fysioterapeuttia ja vasta vuoden 2016 aikana yhden fysioterapeutin työpanosta oli tietoisesti siirretty koskemaan kotona annettavia kuntoutuspalveluja. Toimintaan kuului irrallisia apuväline- ja fysioterapiakäyntejä asiakkaiden luona ilman todellista yhteistyötä kotihoidon kanssa. Muutamia ohjauskäyntejä kotihoidossa oli toteutunut yksittäisten asiakkaiden luona yleensä asiakkaan siirtämiseen tai avustamiseen liittyen. Yksi syy vähäiseen yhteistyöhön oli kotihoitoon suunnatun kuntoutushenkilöstön heikko resursointi. Kyseisessä organisaatiossa työskentelevinä tunnistimme yhteistyöhön liittyvät ongelmat, jonka vuoksi halusimme lähteä opinnäytetyön kautta lisäämään yhteistyötä ja samalla siirtämään jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä omaan organisaatioomme.

Kuntoutumista edistävän toimintamallin lähtökohtana tulisi olla tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta, jossa on huomioitu myös ikäihmisen oma osallistuminen kaikissa vaiheissa (Vähäkangas ym. 2012, 17). Tavoitteenamme oli siis toisaalta laatia konkreettinen toimintamallikuvaus kotihoitoa tukevaan kotikuntoutukseen, mutta samalla lisätä myös asiakkaan toimintakykyyn tähtäävää tavoitteellista yhteistyötä kotihoidon ja kuntoutushenkilöstön välillä.

10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen vakuuttavuutta, joka kehittämistoiminnassa voidaan nähdä toiminnan käyttökelpoisuutena ja mahdollisuutena siirtää kehittämisentuote toiseen toimintaympäristöön. (Toikko & Rantanen 2009, 121-125.)

Kiteen kaupungin perusturvan hoito- ja hoivantyyön päällikkö sekä kotihoidon esimies olivat vakuuttuneita aiheen tärkeydestä ja pitivät kotikuntoutuksen kehittämistä ajankohtaisena asiana. Kotikuntoutuksen kehittäminen on asetettu valtakunnalliseksi kärkihankkeeksi ja myös Siun sotessa strategiseksi tavoitteeksi. Siun soten kehittämistyön asiantuntija oli mukana kehittämistyömme alkuvaiheessa, mikä lisää työmme luotettavuutta ja merkittävyyttä. Siun soten alueella opinnäytetyön tekemisen aikaan alkaneessa STM:n rahoittamassa

AVOT-hankkeessa pyritään myös kehittämään ikäihmisten kotona asumista ja arjen hallintaa. Opinnäytetyömme aloittamaa kehitystyötä ja kotikuntoutusmallin pilotoinnista saamiimme kokemuksia aiotaan hyödyntää AVOT-hankkeen ns. arviointijakson kehittämisessä.

Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, jossa on keskeistä toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen koko kehittämisprosessiin. Osapuolten sitoutuminen vaikuttaa aineiston, menetelmien ja tulosten luotettavuuteen. Virhemahdollisuus kasvaa, elleivät osapuolet ole aktiivisesti mukana kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tässä opinnäytetyössä kehittämistyöryhmän jäsenet valikoituvat tehtävänsä kotihoidon esimiehen kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Tavoitteenamme oli saada työryhmään mukaan erilaisen työtaustan omaavia henkilöitä. Fysioterapian puolelta työryhmään valikoituvat mukaan ne henkilöt, jotka työskentelevät kotikuntoutusasiakkaiden kanssa. Tutkimuksemme eettisyyden toteutumista tukee se, että kehittämistyöryhmään osallistuminen oli työntekijöille täysin vapaaehtoista, jolloin valinnasta oli mahdollisuus kieltäytyä. Ennen työryhmän valitsemista kaikki työntekijät olivat mukana kehittämisiltapäivässä, missä kerrottiin opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus sekä odotukset työryhmätyöskentelystä.

Suurimman haasteen opinnäytetyön eettisyydelle muodostui siitä, että olimme molemmat kohde organisaation työntekijöitä. Pyrimme säilyttämään kehittäjäroolimme koko opinnäytetyö prosessin ajan. Tarkoituksenamme oli saada muu henkilökunta muodostamaan kotikuntoutusmalli. Meidän kehittäjien tehtävänä oli johdatella heidät aiheeseen sekä varmistaa prosessin eteneminen.

Opinnäytetyömme tietoperustan kokoamiseen olemme käyttäneet monipuolisesti eri tietolähteitä ja hyödyntäneet ennen kaikkea aiempaa tutkimustietoa ja kokemuksia. Valittu aineisto on ollut mahdollisemman uutta, jotta tieto olisi ajantasaista ja luotettavaa. Tutkimuksen teossa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus olisi eettisesti hyväksyttävä. Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimustyön vaiheissa. (Hirsijärvi ym. 2003, 27.) Eri tietolähteiden käyttöön on kiinnitettävä erityistä huomiota myös kehittämistoiminnassa. Tutkiva kehittäminen pohjautuu aikaisempiin käytännön kokemuksiin ja aikaisempiin tutkimustietoihin sekä ammattilaisten kokemuksiin. Kehittämistoiminnassa on tärkeää arvioida kriittisesti lähteiden eettisyyttä ja luotettavuutta, koska tietolähteiden valinta voi ohjata kehittämistä ja jopa vinouttaa sitä. Hankkeesta saadut tutkimusaineistot ja niistä tehdyt johdopäätökset on oltava rehellisiä ja luotettavia. Raportointi tutkimus- ja kehittämishankkeissa

on tärkeää, jotta tutkimuksesta saadaan tulokset perustellusti ja asianmukaisesti esitetyksi. (Heikkilä ym. 2008, 44 - 46.)

Tutkimuksen luotettavuuden käsite validiteetti eli pätevyys, osoittaa onko tutkittu ja mitattu niitä asioita, joihin on haettu vastausta. Toinen luotettavuutta kuvaava käsite on reliabiliteetti, mikä ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua asiaa. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaamisessa käytettiin luotettavaksi tiedettyjä WHOQOL-BREF- ja SPPB-mittareita, koska niiden reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012).

Teemahaastatteluilta työntekijöiltä pyydettiin ensin suullinen suostumus haastatteluun osallistumisesta ja niiden nauhoittamisesta. Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja aineisto nauhoitettiin, mikä vähentää virhetulkintojen mahdollisuutta. Tulosten luotettavuutta lisää se, että molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat haastattelujen pitämiseen ja tulosten analysointiin. Se, että haastateltuja oli vain kaksi heikentää tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Kuitenkin haastattelun tulokset olivat molempien vastaajien osalta hyvin samansuuntaisia, jolloin voidaan olettaa niiden olevan myös luotettavia. Haastateltujen yksityisyyden suoja turvattiin koko prosessin ajan ja nauhoitettu aineisto tuhottiin auki kirjoituksen jälkeen. Myös litteroitu aineisto hävitettiin analysoinnin jälkeen asianmukaisesti. Aineiston analysoinnissa ja suorien lainauksien käytössä on pyritty säilyttämään vastaajien anonymiteetti.

10.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Kehittämistyöryhmä työskentely lähti hyvin käyntiin ja ryhmään osallistuneet osallistuivat työskentelyyn hyvin ryhmien kokoontuessa. Keskustelu oli vilkasta ja asia koettiin tärkeäksi. Silti itse käytännön työskentelyyn kehittäminen ei siirtynyt kuin yksittäisten työntekijöiden toimesta. Pelkkä osallistaminen ei meidän kehittämistyössä saanut aikaan sitoutumista kotikuntoutusmallin kehittämiseen ja käytännön toteuttamiseen. Vaikka opinnäytetyön aloitustapaamisessa henkilöstö osallistui SWOT-analyysin tekemiseen innostuneesti ja työskentelystä saatu palaute oli innostunutta, ei innostus kantanut enää kokeiluun saakka. Myös kehittämistyöryhmissä osallistuneet työntekijät osallistuivat keskusteluun ja kehittämiseen in-

nokkaasti, mutta itse kokeilu ei sitten käynnistynyt kuin muutaman innostuneen hoitajan toimesta. Edes asiakkaiden kohdalla saadut positiiviset tulokset eivät saaneet useampia hoitajia innostumaan aktivoivammasta työotteesta.

Kokeilun onnistumisen kannalta kriittiseksi tekijäksi oli muodostua sopivien asiakkaiden löytyminen. Kriteerit kotikuntoutuksen pääsemiseen asetettiin aluksi hyvin tiukoiksi, koska haluttiin toimintamallilla ehkäistä palvelujen piiriin joutumista. Kokeilu kuitenkin osoitti, että kuntoutusinterventioista hyötyy itse asiassa hyvin erilaisen toimintakyvyn omaavat. Haasteellista onkin jatkossa määritellä, kenelle kuntoutusinterventiota on järkevää tarjota ja missä vaiheessa.

Haasteellista oli myös yhteisestä kotikäynnistä sopiminen. Kiire, henkilöstöpula ja eri ammattiryhmien vaikea tavoitettavuus on tutkimuksissa noussut moniammatillisen työn esteiksi (Isoherranen 2005, 149). Yhteisen ajan sopiminen kotihoidon ja fysioterapian kanssa muodostui jossain määrin haasteelliseksi myös tässä kokeilussa, sillä fysioterapeutti teki kotihoi-
toon suunnattua työtä vain parina päivänä viikossa.

Kuntoutumista edistävän toiminnan sisäistäminen ja hallitseminen on oppimisprosessi, missä työntekijä vaiheittain kehittyi kohti asiantuntijuutta (Vähäkangas ym. 2012, 70). Eri ammattiryhmien yhdessä tekemisen avulla syntyy osaamista ja asiantuntijuutta. Pelkkä koulutus ja tieto eivät muutu käytännöksi ilman kokemuksen kautta syntyvää oivallusta. Fysioterapian ja kotihoidon yhteinen arviointi- ja suunnittelukäynti osoittautui tässäkin kehittämistyössä merkittäväksi tekijäksi, joka vei asiakaslähtöistä toimintakykyä tukevaa työskentelyä eteenpäin. Eksotessakin kotikuntoutuksen kehittäminen oli lähtenyt liikkeelle fysioterapeuttien ohjaus- ja neuvontakäynneillä (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden seuran 2016.) Se, että tarve yhteisestä kotikäynnistä syntyi meidän kehittämistyössä kotihoidon työntekijöiltä, antoi mielestämme yhteistyön syntymiselle paremmat edellytykset kuin, jos fysioterapeutti olisi muuten hakeutunut ohjaamaan kotihoitoa kuntoutuksen näkökulmasta.

Niin kuin teemahaastattelussa tuli ilmi, olisi kokeilun onnistuminen ehkä vaatinut enemmän lähiesimiehen johtamista. Uuden toimintatavan ja mallin muutos tarvitsee esimiehen kautta tapahtuvaa johtamista ja esimieheltä tulevaa jatkuvaa palautetta. Ymmärrettävää on, että kehittämistyömme ja kokeilumme ajoittui aikaan, joka ei ollut paras mahdollinen. Uuteen organisaatioon liittyvät muutokset ovat vieneet energiaa ja aikaa niin meiltä kehittäjiltä kuin kehittämiseen osallistuneilta. Vähäkankaan ym. (2012, 17) mukaan, jos lähiesimiehen joh-

taminen etäännyy liikaa käytännötoiminnasta, on vaara, että kuntoutumista edistävän toiminnan vaateet jäävät lähijohtajalta huomioimatta, jolloin henkilöstön sitoutuminen kehittämiseen ja laadukkaan hoidon toteuttamiseen hiipuu tai loppuu kokonaan.

Kehittämistyöhön osallistamisen tavoitteena oli asettaa toiminnalle yhteiset tavoitteet ja avoimen keskustelun kautta yhtenäistää työntekijöiden näkemyksiä kuntoutusta edistävästä toiminnasta. Kehittämistyöryhmän perustamisen ajatuksena oli sitouttaa työntekijät kehittämiseen, jolle oli ylemmän johdon suostumus ja tuki. Kehittämistyöryhmän työskentelystä huolimatta sitoutuminen mallin kehittämiseen jäi vähäiseksi. Kehittämistä ja yhteisesti sovitua mallia ei nähty osaksi omaa työtä, jolloin mallin kokeilu viivästyi. Opinnäytetyön lopullinen onnistuminen oli kiinni muutamasta työntekijästä, jotka motivoituivat kehittämisestä ja mallin kokeilusta.

10.3 Kotikuntoutuksen toimintamallin arviointi

Vähäkankaan ym. (2012, 21) mukaan hyvässä kuntoutumista edistävä toiminnassa on tärkeää erityisesti ikäihmisen kuntoutumismahdollisuuksien tunnistaminen sekä kuntoutumisen tukeminen harjoitteluohjelmin kuntoutujan omia voimavarojaan hyödyntäen. Toiminnassa tulisi korostua ikäihmisen arvostaminen ja aktiivisen osallistumisen tukeminen siinä toimintaympäristössä, missä henkilö elää. Kuntoutumista edistävässä toiminnassa on tärkeää arvioida vaikuttavuutta sekä asiakas- että yksikkötasolla.

Ryhmätyöskentelyn lopputuloksena syntynyt kotikuntoutusmalli toimii osittain. Siinä on elementtejä, joiden käyttöä kannattaa jatkaa ja kehittää edelleen. Kuten työntekijöiden haastatteluissa tuli ilmi, kehittämistä ja tiedon lisäämistä tarvitaan siihen, kuinka tunnistetaan kuntoutuksesta hyötyvät asiakkaat ja kuinka kotikuntoutusprosessi saadaan viivytyksettä alkuun. Vaikka kehittämistyöryhmä laati kotiutukseen liittyen oman toimintamallin, jossa oli sovittu omat vastualueet ja velvollisuus saattaen vaihtaa asiakas terveystieteiden sairaalasta kotiin ja mahdollisen kotikuntoutuksen piiriin, ei kokeilun aikana toteutunut yhtään asiakkuutta mallissa sovitulla tavalla. Toimenpidetaulukosta löytyy valmiina tavoitteet ja mittarit toiminnan laadun seuraamiseksi, mikäli jatkossa halutaan kehittää kotiutukseen liittyvää prosessia. Kehittämistyön aikana jäi epäselväksi, miksi terveystieteiden sairaalasta ei osattu tarjota kotikuntoutusmahdollisuutta kotihoidon piiriin kotiutuville asiakkaille. Oliko syynä se, että kehitettävä toiminta oli uutta tässä organisaatiossa eikä resursseja aiemmin tähän ollut?

Toisaalta kuntoutusinterventioista tämän kokeilun tuloksena näyttäisivät hyötyvän myös asiakkaat, jotka ovat jo pitkään olleet kotihoidon asiakkaina. Piintyneet ajatukset kiireestä, opitut toimintamallit ja puolesta tekemisen kulttuuri pikkuhiljaa heikentävät kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä. Palvelujen tarve lisääntyy salakavalasti ellei "kuntoutusherätyksen" saaneita hoitajia, kuten pilottiin osallistunut lähihoitaja itsestään totesi, saada kotihoitoon lisää. Kokeilu osoitti, että lyhyellä kuntoutusinterventiolla voidaan parantaa heikonkin toimintakyvyn omaavan asiakkaan toimintakykyä ja parantaa hänen elämänlaatuaan sekä vähentää palvelujen tarvetta. Kuntoutustarpeen tunnistaminen edellyttäisi toimintakyvyn säännöllistä arvioimista ja seuraamista, jotta toimintakyvyn heikkeneminen tunnistettaisiin ajoissa, jolloin kuntoutusinterventio voitaisiin toteuttaa.

Moniammatillisen työskentelyn avulla, jossa on selkeä työnjako ja vastuu, voidaan parantaa työntekijöiden työmotivaatiota (Sanerma 2009, 106 - 107). Tämä tuli ilmi myös kokeiluun osallistuneiden työntekijöiden arvioinnissa. Yhteistyön kautta syntyneet onnistumiset ja tulokset lisäsivät työntekijöiden työmotivaatiota ja kannustavat myös kehittämään itseään edelleen.

Työnjako ja vastuunjakaminen vaativat kuitenkin vielä kehittämistä. Tarvitaan keinoja, joilla voimme varmistaa, että jokainen toimii asetettujen tavoitteiden ja suunnitelmien edellyttämällä tavalla asiakkaan parhaaksi. Tavoitteiden ja toimenpiteiden tulisi olla helposti kaikkien asiakkaan kuntouttamiseen osallistuvien saatavilla. Tämä oli yhden kehittämistiimin tehtävä, mutta se ei kokeilun aikana edennyt toivotulla tavalla.

10.4 Opinnäytetyön merkitys ja jatkokehittäminen

Opinnäytetyömme ei kuitenkaan jäänyt vaille merkitystä, sillä mallin jatkokehittäminen jatkuu nyt AVOT-hankkeen toimesta. Kiteen kotihoidossa on aloitettu pilotoimaan ns. kotihoidon arviointijaksoa. Kaikille asiakkaille ennen säännöllisen kotihoidon siirtymistä toteutetaan moniammatillinen arviointijakso kuntouttavine toimenpiteineen.

Opinnäytetyömme tulokset tukevat ajatusta, että kuntouttavilla toimenpiteillä voidaan vähentää ja ehkä myös estää palvelujen tarvetta. Kotikuntoutuksen kehittämiseksi Kiteen alueelle on myös palkattu nyt ensimmäinen kokoaikainen fysioterapeutti ja hänen työparikseen on

siirtynyt osa-aikaisesti kehittämistyöhön osallistunut "kuntoutusherätyksen" saanut kotihoidon lähihoitaja.

Kotikuntoutusmallia ehdittiin kehittämishankkeessa toteuttaa vain muutaman kuukauden ajan. Tämän hankkeen tavoitteena ollut kotikuntoutuksen malliversio saatiin rakennettua ja siitä ensimmäiset tulokset analysoitua. Jatkokehittämishankkeen aiheena voisi olla varsinaisen mallin toimivuuden arviointi ja selvittää, miten kotikuntoutusta saaneiden asiakkaiden toimintakyky ja palvelujentarve ovat kehittyneet pitemmällä aikavälillä. Kotikuntoutusmallistamme puuttui kokonaan jatkoseurannan suunnittelu. Ikääntyneellä toimintakyvyn aleneminen tapahtuu hitaasti, jonka vuoksi hälytysmerkkejä ei aina huomata, ellei toimintakyvyn aleneminen ole seurausta jostain sairaudesta. Mielenkiintoista olisi selvittää, auttaisiko säännöllinen toimintakyvyn arviointi kuntoutustarpeen arvioinnin tunnistamisessa myös kotihoidossa. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, onko kotikuntoutukseen nimetyn fysioterapeutti-lähihoitaja-työparin työpanoksella pystytty ennaltaehkäisemään tai siirtämään asiakkaiden palvelujen piiriin tulemistä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkäjänteisyyttä vaativa prosessi. Toimintatutkimuksen toteuttaminen on kuitenkin ollut mielenkiintoista, johon kehittämistyöryhmä työskentely vaihtelua ja dialogisuutta osallistujien kesken. Työryhmätyöskentely vaati paljon ennakovalmistelua ja kehittämisen etenemisen jatkuvaa seurantaa, mikä oman työn ohessa toteutettuna oli välillä melko työlästä. Kehittämishanke opetti tarkastelemaan asioita laaja-alaisesti organisaation, työntekijän ja asiakkaan näkökulmasta sekä vahvisti moniammatillisen tiimityön tärkeyttä. Se, että olemme molemmat kohdeorganisaation työntekijöitä, auttoi selkeästi prosessin läpiviemisessä, kun työyksiköiden toimintatavat ja työntekijät olivat ennestään tuttuja.

Oman oppimisen kannalta saimme konkreettisesti todeta, että uuden toimintamallin tai -tavan käyttöön ottaminen vaatii pitkäjänteistä ja tavoitteellista johtamista sekä jatkuvaa muistuttelua ja kannustamista. Toimintamallin kehittäminen jatkuu edelleen organisaatiossa, joten voimme olla tyytyväisiä, että saimme jotain merkittävää liikkeelle Kiteen kotihoidossa ja kotiin annettavissa palveluissa.

Lähteet

- Aalto, A-L. 2016. Elämänlaadun mittaaminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Opetusmoniste.
- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendrop, R. 2016. New Horizons: Reablement-supporting older people towards independence. Age and Ageing advance access. 2016; 0:1-5. <http://ageing.oxfordjournals.org>. 22.7.2017
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. Kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja. Osallisuutta ikäihmisten arkeen ja kotihoitoon. Lappeenranta.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aalto, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Foster, A. Lambley, R. & Young, J. 2010. Is physical rehabilitation for older people in long - term care effective Finding from a systematic review. Age and Ageing 2010; 39:169-175. Julkaistu elektronisesti 21.1.2010. <http://agening.oxfordjournals.org>. 22.7.2016.
- Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. Fysioterapia 63 (2), 34-36.
- Heikkinen, HLT. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, HTL., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalle. Porvoo: Wsoy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja Kirjoita. Vantaa: Dark Oy.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequ. 28.3.2016.
- Itella. Esimiehen työkalupakki, osallistamiseen ja ongelman ratkaisuun. Viestinvälitys HR/ osaamisen kehittäminen. http://tyohyvinvointisaatio.fi/data/documents/tyokalupakki_osallistamiseen_ja_ongelmanratkaisuun.pdf. 29.5.2016.
- Jantunen, S., Kurki, A - L. & Tuomivaara, S. 2015. Yhteisen ymmärryksen löytäminen = yhteinen näkemys asiakkaan tarpeeseen vastaavan palvelun toteuttamisesta ja kehittymisestä. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan -osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Osuva tutkimushankkeen loppuraportti 4/2015, Tekes, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL).
- Kantojärvi, P. 2012. Fasilitointi luo uutta. Menesty ryhmän vetäjänä. Helsinki: Talentum.
- Karjalainen, V. 2009. Verkostokehittäminen - Palveluparadigman muutosvoima. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2009. Kehittämistyön risteyskohtia. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus.

- Karppinen, T. 2016. Asiantuntija fysioterapeutti. Kiteen kaupunki.
 Kitee. 2015. Kiteen kaupungin organisaatiokaavio.
<http://www.kitee.fi/documents/42125/99788/Kiteen+kaupungin+organisaatio-kaavio+26012015/303aae09-1579-433e-90ca-b1e1a87b2098>. 15.8.2016.
- Kiteen kaupunki. 2013. Kotihoidon palvelut ja myöntämisperusteet.
<http://docplayer.fi/8585850-Kiteen-kaupunki-kotihoidon-palvelut-ja-myontamisperusteet.html>. Perusturvalautakunta. 15.8.2016.
- Kuula, A. 23.11.2006. Toimintatutkimus. KvaliMOVT.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html. 5.11.2016.
- Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnilk, T-E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. THL Opas 24:2012.
- Laurikainen, L. 2016. Kotihoidon esimies. Kiteen kaupunki. Sähköpostikeskustelu 16.8.2016.
- Maakuntaliitto. <http://pohjois-karjala.fi/tilastot-vaesto>. 7.5.2017.
- Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.
- Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. Kuntoutuksen sisältö ja ICF. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF, teoksessa: Toimintakyvyn arviointi ICF teoriasta käytäntöön toim. Paltamaa, J. & Perttinen, P. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
[https://helda.helsinki.fi/handle/10138/156071\(pdf\)](https://helda.helsinki.fi/handle/10138/156071(pdf))
- Pesonen, A., Kaltiainen, T., Väyrynen, H. & Sorjonen, S. 2015. Kotikuntoutus Joensuun, Kontiolahden ja Outokummun kotihoidossa. 11.12.2015.
- Pikkarainen, A. 2017. Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Ikä Nyt! 1/2017. Ikäosaamisen verkkojulkaisu. Karelia ammattikorkeakoulu.
<http://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/>. 9.5.2017.
- Pikkarainen, A., Era, P. & Grönlund, R. 2011. Gerontologinen kuntoutus.
http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutusmuodot/kuntoutus_eri_ikaryhmissa/gerontologinen_kuntoutus.25.2.2016.
- Pikkarainen, A. Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneen kuntoutuksen erityispiirteet. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Tallinna: Kustannus oy Duodecim.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. & Arkkila, P. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. Stakes.
- Rekola, L. 2008. Asiantuntijoiden yhteistyön johtaminen. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: Wsoy oppimateriaalit.
- Sainio, P. & Salminen, A-L. 2016. Toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.). Kuntoutuminen. Kustannus oy Tallinna: Duodecim.

- Salpakoski, A. 2015. Tehostettua kotikuntoutusta lonkkamurtuman jälkeen. *Fysioterapia*; 62 (1): 24 - 29.
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Siun sote strategia 2017- 2018.
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_strategia.pdf/abc08a5b-7c02-495c-ba6f-c830fe22d521. 19.12.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Hallituksen kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O).<http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>. 15.1.2017.
- Suomalainen, T. 2016. Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. *Fysioterapia* 63 (2), 6.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen, kehittämismallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanoma Oy.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 26.6.2012. Toimia -toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>. 6.5.2017.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Tuomivaara, S., Kurki, A-L. & Valtanen, E. 2015. Oivalluksia osallistuvasta innovaatiotoiminnasta – työpajamenetelmä esimiesten kehittämisosaamista tukemassa. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan - osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Osuva tutkimushankkeen loppuraportti 4/2015, Tekes, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL).
- Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>
- Väistö, R. 2016. Vastaava palveluohjaaja. Kiteen kaupunki. Sähköpostikeskustelu 15.8.2016.
- Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48/2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

<p>TOTEUTUS</p> <p>Tavoite:</p> <p>Toimintakyvyn paraneminen ja palvelujen tarpeen väheneminen</p>	<p>Kuntoutus- ja liikkumissuunnitelman moniammatillinen toteutus</p> <p>Suunnitelman arviointi ja muuttaminen tarvittaessa</p>	<p>Toteutetaan suunnitelman mukaan.</p> <p>Suunnitelman toteutusta seurataan ”viikko-ohjelma”-kalenterilla. Seurantavastuu vastuuhoidajalla</p> <p>Fysioterapeutin käynnit kirjataan mediatriin fys-lehdelle</p> <p>Fysioterapeutti arvioi tarvittaessa</p>	<p>Kuntoutusjakson kesto</p> <p>6-8vk,</p> <p>4viikon sisällä</p>	<p>Toimintakyky parantunut ja palvelujen tarve vähentynyt 90% kotikuntoutusasiakkaista</p>
<p>ARVIOINTI</p> <p>Tavoite:</p> <p>Jatko-suunnitelman tekeminen</p>	<p>Kuntoutusjakson arviointi ja jatko-suunnitelman tekeminen</p>	<p>Arvio tehdään yhdessä tai sovitusti loppuarvion tekee joko vastuuhoidaja tai ft</p> <p>Tulokset kirjataan Hopasu:n tai fys-lehdelle riippuen siitä, kummalla jatkuu ensisijainen kuntoutusvastuu</p>	<p>Kuntoutusjakson lopussa</p>	<p>Suunnitelma tehty</p> <p>Kyllä/Ei</p>

Haastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU

Teema	Tarkennus
Kotikuntoutus prosessi	<ul style="list-style-type: none"> • Onko pilotoitu kotikuntoutusmalli toimiva? • Huolehtivatko kaikki osapuolet oman osuutensa prosessissa? • Onko kotiutukset onnistuneet suunnitellusti?
Asenne kotikuntoutukseen	<ul style="list-style-type: none"> • Koetko kotikuntoutuksen tärkeäksi asiaksi asiakkaan toimintakyvyn kannalta (oma asenne)? • Sitoutuvatko kaikki työntekijät kotikuntoutukseen ja toteuttavat suunniteltua ohjelmaa asiakkaan kanssa (työyhteisön asenne)?
Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Miten moniammatillinen yhteistyö on onnistunut kotikuntoutuksessa? • Onko kotihoidon työntekijöiden ja fysioterapeutin työnjako selkeä ja toimiva?
Kotikuntoutuksen haasteet	<ul style="list-style-type: none"> • Mitä haasteita kotikuntoutuksen onnistumisessa on ollut?
Kotikuntoutuksen vaikutus omaan työhyvinvointiin	<ul style="list-style-type: none"> • Onko kotikuntoutus lisännyt omaa työmotivaatiotasi?
Kotikuntoutuksen kehittämisideat	<ul style="list-style-type: none"> • Miten haluaisit kehittää kotikuntoutusta? • Miten työntekijöiden sitoutumista voidaan parantaa?