

Opinnäytetyö YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2020

YSOTES18

Petra Soini, 1804406

KASKENLINNAN KUNTOUTUSKESKUKSEN HOITOPROSESSIEN KUVAUS

– henkilökuntaa osallistaen

Petra Soini

KASKENLINNAN KUNTOUTUSKESKUKSEN HOITOPROSESSIEN KUVAUS

- henkilökuntaa osallistaen

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen kuntoutujan hoitoprosessit Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa. Kaskenlinnan kuntoutuskeskus kuuluu Turun kaupungin hyvinvointitoimialan, sairaalapalveluiden kuntouttavaan osastoryhmään. Yksikkö tarjoaa ikääntyneille turkulaisille kuntoutusta akuutin sairastumisen tai toimintakyvyn laskun jälkeen.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli parantaa moniammatillisen kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä ja tunnistaa kuntoutujalle arvoa tuottamattomat toiminnot prosessissa. Pidemmän tähtäimen tavoitteena on sujuvoittaa hoitoprosesseja ja parantaa niiden laatua sekä edistää kokemusta työnhallinnasta ja lisätä työhyvinvointia.

Kehittämisprojektin menetelminä olivat henkilöstöä osallistava työpaja sekä dialoginen keskustelu.

Kehittämisprojektin tuotoksena olivat geriatriksen, ortopedisen ja neurologisen kuntoutujan hoitoprosessien kuvaukset sekä kehittämis ehdotukset toiminnan kehittämiseksi jatkossa. Hoitoprosessien kuvauksia voidaan hyödyntää perehdytyksessä, SHQS-laatumittarin käyttöönotossa sekä toiminnan jatkokehittämisessä. Moniammatillisten tiimien kuvaamat hoitoprosessit ja kehittämis ehdotukset tullaan käsittelemään syksyllä 2020 järjestetävässä kehittämisspäivässä.

ASIASANAT:

Hoitoprosessi, asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, ikääntynyt, kuntoutus.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being | Management and Leadership in Health Care (Master's degree)

2020 | 52 pages, 22 pages in appendices

Petra Soini

DESCRIPTION OF CARE PROCESSES IN KASKENLINNA REHABILITATION UNIT

- involving staff

The aim of the project was to improve customer-oriented approach in multi-professional rehabilitation and identify functions that do not add value to customer care process. Long term aim was to improve sense of control at work and work welfare. Kaskenlinna rehabilitation unit is part of Turku city welfare branch and offers rehabilitation for senior citizens after acute illness or rapid decline in functional ability.

The purpose of the development project was to describe orthopedic, neurological and geriatric care processes in Kaskenlinna rehabilitation unit.

As a method for this development project, there were multi-professional workshops and dialogue. Due to restrictions, caused by coronavirus, it was not possible to have development day with multi-professional teams. It is postponed till autumn.

The output of the development project was descriptions of neurological, orthopedic and geriatric care processes and suggestions for future development.

The information and materials obtained from the development project will be utilized in the introduction for new colleagues, initialization of SHQS-quality system and in future development. Care processes and development suggestions made by multi-professional teams are to elaborate in autumn 2020 in joint development day.

KEYWORDS:

Care process, client oriented, multi-professionality, aged/elderly, rehabilitation.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Kehittämisprojektin tarve	9
2.2 Toimintaorganisaation kuvaus	10
2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos	10
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	12
3.1 Tiedonhaun toteutus	12
3.2 Ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteet	12
3.3 Asiakaslähtöisyys ikääntyneiden kuntoutuksessa	20
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	23
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT	24
6 KASKENLINNAN KUNTOUTUSKESKUKSEN HOITOPROSESSIT	27
6.1 Neurologisen kuntoutujan hoitoprosessi	27
6.2 Ortopedisen kuntoutujan hoitoprosessi	29
6.3 Geriatrisen kuntoutujan hoitoprosessi	30
6.4 Ikääntyneen kuntoutujan erityispiirteisiin vastaamisen toteutuminen	32
6.5 Hoitoprosessien arviointi RUUTU-arviointimatriisin avulla	37
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN IMPLEMENTOINTI	41
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	42
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	42
8.2 Toteutuksen arviointi	43
8.3 Kehittämisprojektin merkitykset	45
9 JATKOKEHITYSEHDOTUKSET	47
LÄHTEET	49

LIITTEET

- Liite 1. Tietosuojaseloste
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Service blueprint
- Liite 4. Neurologisen kuntoutujan hoitoprosessi
- Liite 5. Ortopedisen kuntoutujan hoitoprosessi
- Liite 6. Geriatrisen kuntoutujan hoitoprosessi
- Liite 7. RUUTU -arviointimatriisi

KUVAT

Kuva 1. RUUTU-arviointimatriisi

25

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

FT	fysioterapeutti
FYST	fysioterapia-lehti
GER	geriatria-lehti
HOI	hoitotyö-lehti
IKKU-hanke	Ikäntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen kehittämishanke (Kansaneläkelaitos 2009)
LH	lähihoitaja
SH	sairaanhoitaja
TOI	toimintaterapia-lehti
TT	toimintaterapeutti
SHQS	Social and Health Quality Standard (Labquality 2020)
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Asiakkaat ovat terveydenhuollon toiminnan lähtökohta. Organisaation tulee tunnistaa asiakkaansa, heidän tarpeensa ja hoitopolut, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja hoidon, laadukkaasti ja vaikuttavasti (Yli-Junnila, Ristimäki, Salakoski & Siirala 2018, 52). Turun kaupunki linjaa kaupunkistrategiassaan, että työt, prosessit ja vastuut ovat selkeästi määriteltyjä ja mielekkäitä, minkä vuoksi jokainen voi kokea oman työpanoksensa merkitykselliseksi. Tällä tavoitellaan ammattitilpeyden ja työhyvinvoinnin kehittymistä. Strategiassa huomioidaan kiihtyvä toimintaympäristön muutos, johon vastaaminen edellyttää uudistumiskykyä, sujuvaa hallintoa, parempaa johtamista ja päätöksentekoa, asukas- ja asiakaslähtöisyyttä sekä toiminnan tuottavuuden parantamista. Tietoon perustuvalla johtamisella tavoitellaan toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta. (Turku 2018.) Turun kaupunkistrategiaa täydentävässä Hyvinvointi- ja aktiivisuusstrategiassa tavoitteena on luoda parempia palveluita kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja (Turku 2018).

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) on antanut suosituksen julkisen hallinnon prosessien kuvaamisesta. Prosessien kehittämisen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvaukset toimivat prosessien johtamisen, hallinnan ja kehittämisen välineinä. Prosessikuvauksia voidaan hyödyntää työvälineenä uuden työntekijän perehdytyksessä ja kouluttamisessa. Prosessikuvauksia hyödynnetään palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien korjaamisessa ja arvioitaessa laatua. (JUHTA 2012, 1-3.)

Ikääntymiseen liittyy monia erityispiirteitä. Ikääntynyt arvioi elettyä elämää ja vertaa toimintakykyään siihen mitä aiemmin oli. Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee, jolloin sosiaaliset suhteet ja ympäristön merkitys korostuu elämänlaatua arvioitaessa. Elämänlaatu merkitsee eri ihmisille eri asioita, mutta monelle se tarkoittaa kykyä tehdä itselleen merkityksellisiä asioita ja osallistua itselleen tärkeisiin toimintoihin. Ikääntyneiden kuntoutuksessa on erityispiirteitä, jotka tulee huomioida kuntoutusta suunniteltaessa. Ikääntyneen kuntoutusta leimaa pitkä historia, jonka läpikäymiseen tulisi olla aikaa. Kuntoutus on usein pirstaleista, johtuen jakson aikana tapahtuneista muutoksista terveydentilassa.

Kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi, monialaiseksi ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutujan sekä psykososiaalisen että fyysisen toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan voimavarojen vahvistuminen, elämänhallinnan ja sosiaalisen selviytymisen paraneminen. (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005, 5; Stott & Quinn 2017,1.) Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena on pitkäjänteinen, suunnitelmallinen ja moniammatillinen yhteistyö, jonka tavoitteena on tukea ikääntyneen osallisuutta ja arjessa selviytymistä (Pitkälä, Valvanne & Huusko, 2010, 438; Stott & Quinn 2017, 1).

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen prosessin on kuvattu toiminnan alkaessa 2016, mutta nyt nähtiin tarpeelliseksi kuvata prosessi uudelleen ja yksityiskohtaisemmin. Kuntoutuskeskuskonseptia on suunniteltu laajennettavan, jolloin prosessien yksityiskohtainen kuvaaminen palvelee uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Turun kaupungin hyvinvointitoimiala on myös ottamassa käyttöön SHQS-laaturjestelmän, jonka osana prosessit tulee kuvata.

Kehittämiprojektini tarkoituksena on kuvata ikääntyneen kuntoutujan hoitoprosessit Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa. Kehittämiprojektin tavoitteena on parantaa moniammatillisen kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä, tunnistaa kuntoutujalle arvoa tuottamattomat toiminnot prosessissa ja sitä kautta edistää kokemusta työnhallinnasta ja lisätä työhyvinvointia. Kehittämiprojektin tuotoksena on geriatrisen, ortopedisen ja neurologisen kuntoutujan hoitoprosessien kuvaukset. Kehittämiprojektin menetelminä ovat henkilökuntaa osallistavat työpajat sekä prosessikuvausten arvioinnissa käytetty RUUTU-arviointi.

Ikääntyneiden monialainen kuntoutus edellyttää monitieteistä ja tutkimusrajoja ylittävää tutkimusta. Lisääntyvä gerontologinen tutkimustieto mahdollistaa vaikuttavien kuntoutuspalveluiden suunnittelun ja toteutuksen. Kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta ikääntyneiden kuntoutuspalvelut ovat suppeampia ja vaativat kehittämistä. Ikääntyneet tarvitsevat kuntoutuspalvelujen koordinointia, ohjausta ja palveluiden joustavuutta erityispiirteidensä vuoksi. Tulevaisuudessa kuntoutus tapahtuu luontevasti ikääntyneiden kodeissa, josta se laajenee ikääntyneen eri verkostoihin, jotka yhdessä omaisten kanssa tukevat kuntoutujien toimijuutta. Teknologialla mahdollistetaan myös kuntoutuksen kehittyminen. (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 190-191.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tarve

Asiakkaat ovat terveydenhuollon toiminnan lähtökohta. Organisaation tulee tunnistaa asiakkaansa, heidän tarpeensa ja hoitopolut, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja hoidon, laadukkaasti ja vaikuttavasti (Yli-Junnila ym. 2018, 52). Turun kaupunki linjaa kaupunkistrategiassaan, että työt, prosessit ja vastuut ovat selkeästi määriteltäviä ja mielekkäitä, minkä vuoksi jokainen voi kokea oman työpanoksensa merkitykselliseksi. Tällä tavoitellaan ammattiympäristön ja työhyvinvoinnin kehittymistä. Strategiassa huomioidaan kiihtyvä toimintaympäristön muutos, johon vastaaminen edellyttää uudistumiskykyä, sujuvaa hallintoa, parempaa johtamista ja päätöksentekoa, asukas- ja asiakaslähtöisyyttä sekä toiminnan tuottavuuden parantamista. Tietoon perustuvalla johtamisella tavoitellaan toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta. (Turku 2018.) Turun kaupunkistrategiaa täydentävässä Hyvinvointi- ja aktiivisuusstrategiassa tavoitteena on luoda parempia palveluita kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja (Turku 2018).

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA on antanut suosituksen julkisen hallinnon prosessien kuvaamisesta. Prosessien kehittämisen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvaukset toimivat prosessien johtamisen, hallinnan ja kehittämisen välineinä. Prosessikuvauksia voidaan hyödyntää työvälineenä uuden työntekijän perehdytyksessä ja kouluttamisessa. Prosessikuvauksia hyödynnetään palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien kartoittamisessa ja arvioitaessa laatua. (JUHTA 2012, 1-3.)

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen prosessin on kuvattu toiminnan alkaessa 2016, mutta nyt nähtiin tarpeelliseksi kuvata prosessi uudelleen ja yksityiskohtaisemmin. Kuntoutuskeskuskonseptia on suunniteltu laajennettavan, jolloin prosessien yksityiskohtainen kuvaaminen palvelee uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan on myös ottamassa käyttöön SHQS-laaturjestelmän, jonka osana prosessit tulee kuvata.

2.2 Toimintaorganisaation kuvaus

Kehittämiprojektin toimeksiantajana toimii Turun kaupungin sairaalan kuntouttava osastoryhmä. Osastoryhmään kuuluvat Akuutti ortopedinen ja Akuutti neurologinen osasto, Neurologinen-, Geriatriinen- ja Kotihoitoa tukeva kuntoutusosasto, Muistikuntoutusosasto ja avokuntoutusta järjestävä Kaskenlinnan kuntoutuskeskus.

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen toiminta on alkanut syyskuussa 2016. Tavoitteena oli siirtää kuntoutuksen painopistettä osastokuntoutuksesta kuntoutujan arkeen ja lisätä intensiivisen kuntoutuksen saatavuutta sairaalahoidon jälkeen. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti sairaalasta kotiutuneita ikääntyneitä, jotka tarvitsevat intensiivistä, nousujohteista kuntoutusta. Prosessikuvaus on tehty koko toiminnasta toiminnan käynnistyessä. Toimintaa on organisoitu kolmeen kiinteään moniammatilliseen tiimiin; geriatriinen, ortopedinen ja neurologinen tiimi. Tiimien asiakkaat jakautuvat tulosityn mukaan. Kehittämiprojektin lähtökohtana on, että kuntoutujien erilaiset kuntoutukseen tulokset vaikuttavat hoitoprosesseihin, jotka siten poikkeavat toisistaan. Yleisgeriatriset kuntoutujat tulevat pääsääntöisesti poliklinikkojen tai terveysasemien kautta, jolloin kotona pärjäämisen haasteet ovat moninaisia. Neurologiset ja ortopediset asiakkaat ovat sairaalasta kotiutuneita, jolloin heidän asioitaan on jo osastolla laajasti selvitelty moniammatillisesti. Neurologisten kuntoutujien haasteet liittyvät usein sairauden aiheuttamien oireiden tiedostamattomuuteen ja sitä kautta arjen hallintaan. Ortopediset asiakkaiden kohdalla fyysinen kuntoutus korostuu. Ikääntyneillä yleisesti sosiaalinen elämä on kaventunut ja harrastukset jääneet. Elämänlaadun parantaminen on kaikkien asiakkaiden kuntoutuksessa keskiössä. Moniammatillisiin tiimeihin kuuluu sairaan- ja lähihoitaja, fysio- ja toimintaterapeutti, geriatri ja sosiaalityöntekijä.

2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen kuntoutujan hoitoprosessit Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa. Ikääntyneillä tässä tarkoitetaan vanhuuseläkkeellä olevaa väestöä eli yli 65-vuotiasta turkulaista.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli parantaa moniammatillisen kuntoutuksen asiakasläh- töisyyttä ja tunnistaa kuntoutujalle arvoa tuottamattomat toiminnot prosessissa. Pidem- män tähtäimen tavoitteena on sujuvoittaa hoitoprosesseja ja parantaa niiden laatua sekä edistää kokemusta työnhallinnasta ja lisätä työhyvinvointia.

Kehittämiprojektin tuotoksena olivat geriatrisen, ortopedisen ja neurologisen kuntoutu- jan hoitoprosessien kuvaukset.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Tiedonhaun toteutus

Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä ovat ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteet?
2. Minkälainen on asiakaslähtöinen ikääntyneen kuntoutusprosessi?

Kirjallisuushaussa käytettiin seuraavia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä: ikääntynyt, kuntoutus, hoitoprosessi, asiakaslähtöisyys, aged/elderly/older adult/senior, rehabilitation, process/pathway/path, client oriented/centered, reablement and restorative. Hakuja tehtiin Cinahl complete, Medic, Finna, Pubmed ja Google scholar tietokannoista. Ikääntyneiden kuntoutusta on tutkittu paljon, mutta haasteena oli löytää tutkimuksia, jotka vastaisivat juuri yllä esitettyihin kysymyksiin. Geriatriasta kuntoutuksesta löytyy myös suomalaisten asiantuntijoiden kirjoittamaan kirjallisuutta, jota hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksessa.

3.2 Ikääntyneiden kuntoutuksen erityispiirteet

Ikääntyneiden määrä kasvaa, kun elinajan odote pitenee. Suomen virallisen tilaston mukaan (2018) yli 65- vuotiaiden määrä nousee 31,1%:iin vuoteen 2060 mennessä, kun sen arvioidaan vuona 2020 olevan 22,7%. Ikääntyneillä tarkoitetaan usein vanhuuseläkkeellä olevaa väestöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 34).

Julkisella terveydenhuollolla ja sosiaalitoimella on päävastuu yli 65 -vuotiaiden kuntoutuksen järjestämisestä ja toteuttamisesta, jota Kansaneläkelaitos (Kela) täydentää. Lisäksi kolmas sektori järjestää täydentävinä kuntoutuspalveluina sopeutumisvalmen-

nusta ja muuta kuntoutustoimintaa. (Lönroos 2008, 280-281; Pikkarainen, Luoma, Röberg ym. 2013, 27.) Geriatria kuntoutusta toteutetaan kuntoutuslaitoksissa, osastoilla, erilaisissa päiväkuntoutusyksiköissä ja kotiympäristössä (Lönroos 2008, 280-281).

Kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi, monialaiseksi ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutujan sekä psykososiaalisen että fyysisen toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan voimavarojen vahvistuminen, elämänhallinnan ja sosiaalisen selviytymisen paraneminen. (Pitkälä ym. 2005, 5; Stott Quinn 2017,1.)

Kelan Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen (IKKU 2009-2013) tavoite oli edistää yli 74 -vuotiaiden kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä. Hankkeessa kehitettiin asiakaslähtöistä, tavoitteellista ja yhteistoiminnallista avo- ja laitospohjaista kuntoutusta. Hankkeen pohjalta luotiin gerontologisen kuntoutuksen suositukset. (Pikkarainen ym. 2013, 3.)

IKKU- hankkeen (Pikkarainen ym. 2013, 293-296) pohjalta luodut gerontologisen kuntoutuksen suositukset ovat:

1. Selkeä tehtävän- ja vastuunjako. Ikääntyneiden kuntoutusprosessin tulee jatkua saumattomasti erikoissairaanhoidosta kotihoitoon.
2. Ikäihmisten kuntoutus on järjestettävä viipymättä ja siinä on huomioitava yksilölliset tarpeet. Kuntoutus on monialaista ja se toteutetaan yhteistyössä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa.
3. Kuntoutuksen tarvetta arvioitaessa on huomioitava kuntoutujan koko historia. Asiakaslähtöinen ja yksilöllisesti toteutettu arviointi tukee ikääntyneen mahdollisuutta osallistua ja tehdä päätöksiä. Moniammatillinen kuntoutus suunnitellaan yhdessä kuntoutujan kanssa arviointitulosten pohjalta.
4. Ikääntyneen kuntoutusmenetelmiä ja -sisältöjä tulee kehittää niin, että laadukkaat ja monipuoliset palvelut ovat myös ikääntyneiden saatavilla samoin kuin nuorempien aikuisten.
5. Kuntoutustyöntekijöiden tulee mahdollistaa ja tukea ikääntyneen osallisuutta kuntoutusprosessissa ja yhteisössä. Ikääntynyt kuntoutuja tarvitsee aikaa valmistautua ja pohtia prosessin erivaiheissa. Häntä tulee tukea, kannustaa ja kuunnella. Ohjaus, neuvonta, asioiden kertaaminen ovat oleellisia asiakaslähtöisessä

gerontologisessa kuntoutuksessa. Voimaantuessaan kuntoutuja pystyy suunnittelemaan elämäänsä ja osallistumaan aktiivisesti kodin ulkopuoliseen toimintaan.

6. Kuntoutustyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista ja taitoa kohdata ikääntyneitä tulee kehittää. Ikääntyneitä tulee kohdata arvostaen ja heidän voimavarojaan kunnioittaen. Ryhmäkuntoutusta sekä työparitoimintaa tulee tehostaa. Ikääntyneen kuntoutuksen prosessiluonteen vuoksi, sitä tulee arvioida, seurata ja muokata ikääntyneen tarpeita vastaavaksi. Kuntoutusohjaajien osaaminen on dynaaminen prosessi, joka tarvitsee työnohjausta.
7. Ikääntynyttä kuntoutujaa koskevan tiedon tulee siirtyä tehokkaasti ja ajantasaisesti eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Tiedon tulee olla ymmärrettävää ja sovellettavissa jokaisen työntekijän työhön kuntoutustoiminnan eri tasoilla. Työntekijöiden eri tasoilla on saatava konkreettista ohjausta kuntouttavaan työtapaan. Ohjauksella pystytään vaikuttamaan kuntoutusmyönteiseen asenteen ja löytämällä kuntoutusmenetelmät arkityöhön vaikutetaan vahvistavasti työnmielkkyyden kokemiseen, työssä jaksamiseen ja kuntoutuksen vaikuttavuuteen.
8. Ikääntyneet hyötyvät tavoitteellisesta ja asiakaslähtöisestä kuntoutuksesta. Kuntoutuksen vaikutuksia arvioitaessa tulee selvittää kuntoutujan yksilölliset, koetut tarpeet, joiden pohjalta tavoitteet asetetaan. Mittarit valitaan suhteessa tavoitteisiin. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tulee arvioida koettuina toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksina.
9. Tarvitaan valtakunnallisen gerontologisen kuntoutuksen toimenpideohjelma, jolla vahvistetaan gerontologisen kuntoutuksen tietoperustaa ja edistetään ikääntyneiden kuntoutuspalvelujen innovatiivista kehittämistä ja toteuttamista.

Ikääntyneen kuntoutuksen erityisyys liittyy fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin vanhenemisprosesseihin ja vanhuuteen ainutkertaisena elämänvaiheena. Toimintakyky on alentunut, on yksinäisyyttä ja sosiaalinen elämä on kaventunut eläkkeelle jäämisen jälkeen. Toisaalta elämäkokemuksen myötä on myös voimavaroja. Toiminnanvajausten sijaan kuntoutuksessa keskitytään voimavaroihin. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo

2008, 550.) Ikääntyneiden kuntoutus on konkreettista sairauksista ja toimintakyvyn rajoitteista kuntoutumista, mutta myös koko elämänculun ja vanhuuden käsittelyä (Pikkarainen ym. 2016, 183).

Äkillinen sairastuminen on ikääntyneen toimintakyvylle suurempi riski kuin työikäiselle. Normaaliin vanhenemiseen liittyvät muutokset heikentävät toipumista, säätelyjärjestelmien toiminta on vaimentunut ja ikääntynyt on menettänyt reservikapasiteettiaan. Pitkäaikaissairaudet heikentävät toipumista ja sairauksiin sekä toimenpiteisiin liittyvä komplikaatoriski on suurempi ikääntyneillä kuin työikäisillä. Sairastumisesta johtuva heikenevä ravitsemustila, huono immuunivaste ja vuodelevosta johtuva lihasvoiman vähentyminen johtavat siihen, että varsin tavallisestakin sairaudesta saattaa aiheutua romahdusmainen toimintakyvyn lasku. Akuutisti sairastuneet ikääntyneet, joilla on edeltävästi toiminnanrajoitteita, tarvitsevat akuutisti geriatrasta arviointia ja kuntoutusta. Geriatrasta arviointia ja kuntoutusta tarvitsevat myös ikääntyneet, joiden toimintakyvyn heikkenemisen syy on jäänyt avoimeksi. Usein tämän ryhmän kohdalla on suoraan siirrytty haittojen kompensointiin esimerkiksi kotiapua lisäämällä, jolloin kuntoutuksen oikea-aikaisuus on hukattu. Olennaista kuntoutuksen onnistumisen kannalta on, että siihen osallistuvat hallitsevat potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen. Geriatriksen lähestymistapa nähdään monisairaiden ikääntyneiden kuntoutuksessa eduksi. (Lönnroos 2008, 282-283.)

Ikääntyneen toimintakyvyn äkillisesti romahtaessa voidaan olettaa sen myös palautuvan nopeammin kuin jos toimintakyky on hitaasti laskenut. Kuntoutujalla on usein reservikapasiteettia enemmän jäljellä kuin jos toimintakyky olisi hitaasti hiipunut. Myös motivaatio ja sitä kautta sitoutuminen kuntoutukseen voidaan olettaa olevan parempi toimintakyvyn äkillisesti muuttuessa. (Pitkälä ym. 2005, 36-37; Pitkälä ym. 2010, 447.) Aktiivinen kuntoutus on yleensä melko lyhyt interventio. Intervention vaikuttavuuden parantamiseksi, kuntoutujan tulee sitoutua terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Toimintakyvyn palautuminen ja kuntoutuminen ovat pitkä prosessi, jossa korostuu kuntoutujan oma toiminta. (Pitkälä ym. 2005, 33.)

Ikääntyneen toiminnanvajaukset syntyvät usein pitkän ajan kuluessa. Ikääntynyt on esimerkiksi kipujen vuoksi vähentänyt liikkumista. Vähentynyt liikunta ja ulkoilu johtaa ruokahalun heikkenemiseen, ajan kuluessa lihaskatoon, D-vitamiinin puutteeseen ja luukatoon. Näiden seurauksena ikääntyneestä tulee hauras. Heikentynyt kehonhallinta johtaa kaatumisiin ja murtumiin. Muisti heikkenee, tulee masennusta, sosiaalinen elämä kape-

nee ja sairaalahoidon tarve lisääntyy. Ikääntyneellä itsellään on keskeinen rooli ongelmien ehkäisyssä. Ammattilaiset usein yliarvioivat omaa merkitystään kuntoutusprosessissa. (Pitkälä ym. 2005, 33-35.)

Toiminnanvajeiden synnyttyä hitaasti, kuntoutuja on jo sopeutunut muuttuneeseen tilanteeseen ja kuntoutusjakson päätyttyä palaa todennäköisemmin entiseen elämäntapaan. Kuntoutus vaatii pitkäjänteisyyttä, lyhyellä interventiolla ei saada toivottua tulosta. Oma motivaatio, kuntoutumisresurssit ja asiakaslähtöiset tavoitteet lisäävät kuntoutuksen vaikuttavuutta. Todellisen elämäntapamuutoksen toteutumista vahvistaa ikääntyneen uskomusten, toiveiden ja huolien aito kuunteleminen. Aito vuorovaikutus, tasavertaisuus, kokemus oman äänensä kuuluville saamisesta, omien asioiden hoidon mahdollistaminen ja myönteinen palaute tukee tavoitteiden saavuttamista. (Pitkälä ym, 2005, 38; Pitkälä ym. 2010, 447; Pikkarainen ym. 2016, 184.)

Ikääntynyttä motivoi usko harjoittelun kannattavuuteen, siitä saatava fyysinen ja psyykinen hyvinvointi. Aikaisemmat myönteiset kokemukset ja täsmälliset tavoitteet motivoivat. Epämiellyttävät tuntemukset, kuten kipu, heikentävät motivaatiota. (Pitkälä ym. 2005, 41-42.)

Onnistuneen kuntoutusprosessin taustalla on joukko oikeita valintoja. Geriatrisen kuntoutuksen vakuuttavin näyttö on saatu akuutisti sairastuneiden, aivohalvauksen saaneiden ja lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen hyödystä (Pitkälä ym. 2010, 453). Potilasvalintaan tulee kiinnittää huomiota. Jos toimintakyky ei ole akuutin sairastumisen myötä merkittävästi heikentynyt, potilas toipuu ilman tehostettua kuntoutusta. Siitä ei myöskään hyödy potilaat, joiden toimintakyky oli heikko jo ennen sairastumista tai joiden uuden sairauden oireet ja löydökset viittaavat kuolemaan tai pysyvään toimintakyvyttömyyteen. Ajoitus tulee olla oikea. Turhia viiveitä tulee välttää. Oikein ajoitettu kuntoutus parantaa ikääntyneen mahdollisuuksia itsenäiseen ja omatoimiseen arkeen. (Lönnsroos 2008, 284; Pitkälä ym, 2010, 453; Äijö, Tikkanen & Lönnsroos 2018, 1800-1801.)

Prosessi etenee osatavoitteiden kautta ja haastetta lisätään prosessin edetessä. Kuntoutuja ja hänen läheisensä osallistuvat kuntoutussuunnitelman laadintaan. Kuntoutuspaikan tulee olla tilojen ja henkilökunta resurssin suhteen asianmukainen. Kuntoutus on moniammatillista ja usein lääkärijohtoista. (Lönnsroos 2008, 284; Pitkälä ym. 2010, 453.) Lääketieteellisten ongelmien hoito on geriatrisessa kuntoutuksessa oleellista. Mikäli hoidettavissa olevat lääketieteelliset ongelmat jätetään huomioimatta, kuntoutuksen tavoitteet jäävät saavuttamatta. (Stott & Quinn 2017, 3.)

Ikääntyneen kuntoutuksen tavoitteiden määrittäminen on prosessi, joka vaatii aikaa ja huolellista perehtymistä kuntoutujan elämäntilanteeseen. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, yksilöllisesti määriteltyjä ja arvioitavissa. Tavoite kuvaa haluttua muutosta terveydentilassa, toimintakyvyssä ja osallisuudessa. (Kantanen & Pikkarainen 2013, 121.) Kuntoutusta arvioidaan säännöllisesti (Lönnroos 2008, 284; Pitkälä ym. 2010, 453). Mittaustulosten läpikäyminen kuntoutujan kanssa parantaa kuntoutujan aktiivisuutta ja osallisuutta kuntoutusprosessissaan. Mittareiden tulisi olla ikääntyneiden erityispiirteet huomioivia. (Pikkarainen ym. 2016, 186.) Kuntoutuksella saavutettujen tulosten ylläpito vaatii seurannan (Hjelle, Tuntland, Forland & Alvsvåg 2017, 1581).

Ikääntyvällä on usein useita toisiinsa liittyviä ongelmia, jotka jäävät helposti havaitsematta, jos niitä ei osata etsiä. Geriatriksen kokonaisvaltainen arviointi on osoitettu vaikuttavaksi ikääntyneiden toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemisen ja laitoshoidon lykkääntymisen kannalta. Arvioinnissa huomioidaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen toimintakyky sekä ikääntyneen elinympäristö. Geriatriassa arvioinnissa oleellista on moniammatillisuus ja toimintakykymittarit, joilla pystytään osoittamaan kuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatriksen kuntoutuksen tärkeä tavoite on elämänlaadun parantaminen. Sen mittaaminen on haaste, koska elämänlaatumittareita ei ole kehitetty ikääntyneiden elämänlaadun osa-alueita huomioiden. (Johansson, Eklund & Gosman-Hedström 2010, 106; Pitkälä ym. 2010, 442-444.)

Ikääntyneen kuntoutusprosessiin liittyviä erityispiirteitä ovat Pikkarainen ym. (2016, 179-183) kuvanneet asiakkaan (elämäntilanne, ajallisuus, ensi- ja toissijaisen vanheneminen, toimijuus ja ICF-luokitus) ja kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta. Ikääntyneellä on pitkä historia takanaan. Kuntoutustyöntekijöillä ei ole samaa kokemusta kuin ikääntyneellä. Toimivan vuorovaikutussuhteen luominen vaatii aikaa ja soveltuvien vuorovaikutusmenetelmien löytämistä. Kuntoutus on prosessi menneisyydestä nykyisyyteen.

Omaa tilannetta verrataan muihin vastaavan ikäisiin. Ikääntynyt kuntoutuja tarvitsee aikaa löytääkseen omat kuntoutustarpeet, -toiveet ja -tavoitteet. Ikääntyneen kuntoutusprosessi on usein myös hyvin rikkonainen, johtuen äkillisistä toimintakyvyn ja terveydentilan muutoksista. Pitkät toipuminen ja sopeutuminen muutoksiin pidentää myös kuntoutuksen kestoja. Ikääntyneen kuntoutus edellyttää kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan välisen toiminnan ja vuorovaikutuksen saman tahtisuutta. Kuntoutuksessa tulee huomioida elämän ja arjen luontainen hidastuminen. (Pikkarainen 2016, 179-183.)

Kuntoutuksessa yksittäisten tekojen tai suoritusten arviointi ei anna oikeata kuvaa arjessa selviytymisestä. Myös ikääntyneen pariskunnan yhteinen toimintakyky voi olla turvallisempaa ja tehokkaampaa, kuin yksilöllisesti tehdyt arvioinnit osoittavat. Ikääntyneellä on useita diagnosoituja ja diagnosoimattomia sairauksia tai oireita, joiden hoidon hän kokee ensisijaiseksi. (Pikkarainen 2016, 179-183.)

Ikääntyneelle tulee mahdollistaa omien voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen. Kohentunut turvallisuuden tunne ja toivo tulevaisuudesta lisää elämänhallinnan tunnetta. On tärkeää tunnistaa mikä on primaarista vanhenemista ja mikä sekundaarista, jotta kuntoutustarpeet tulevat näkyviksi ja kuntoutus kokonaisuutena uudistuu ja laajenee. Primaariseen eli luonnolliseen vanhenemisen yksilölliseen vaihteluun voidaan vaikuttaa esimerkiksi ravitsemuksella ja fyysisellä aktiivisuudella. Tukemalla ikääntyneen voimavaroja, voidaan estää ennen aikaista vanhenemista. Sekundaariseen vanhenemiseen eli ulkoisten tekijöiden, esimerkiksi sairauksien, elintapojen aiheuttamaan vanhenemiseen, voidaan vaikuttaa sairauksien hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella. (Pikkarainen 2016, 179-183.)

Ikääntynyt käy kuntoutusprosessissa läpi toimintarajoitteidensa vaikutuksia koko elämänsä kuluunsa, mikä vaikuttaa kuntoutujan näkemykseen itsestään aktiivisena toimijana. Äkillinen sairastuminen käynnistää oman vanhuuden konkreettisen käsittelyn. Kuntoutuksessa tulisi käyttää aikaa primaarisen vanhenemisen käsittelyyn, jolloin ohjaus ja neuvonta on syvällisemmin hyödynnettävissä. Oman vanhenemisen käsittely edistää oman tilanteen hyväksymistä ja parempaa elämän hallintaa. (Pikkarainen 2016, 179-183.)

Pikkaraisen ym. (2016, 183) mukaan kuntoutuksen lähtökohtana tulisi olla ICF-luokitus, jossa diagnoosit ja numeerinen ikä menettävät merkityksensä ensisijaisina hyvinvoinnin ja elämänlaadun tekijöinä. Tärkeämpää on ikääntyneen oma kokemus aktiivisuudestaan ja osallisuudestaan omassa yhteisössään ja yhteiskunnassa.

Ikääntyneen kuntoutuksen tulee alkaa heti sairaalaan joutuessa ja sen tulee jatkua myös kotiutuksen jälkeen. Kuntoutus ei voi olla yksittäinen interventio. (Stott & Quinn 2017, 4; McKelvie, Hall, Richmond, Finnegan & Lasserson 2018, 20.) Aktiivinen kuntoutus on yleensä melko lyhyt interventio. Intervention vaikuttavuuden parantamiseksi, kuntoutujan tulee sitoutua terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Toimintakyvyn palautuminen ja kuntoutuminen ovat pitkä prosessi, jossa korostuu kuntoutujan oma toiminta. (Pitkälä ym. 2005, 33.) Hauraiden ja avusta riippuvaisten ikääntyneiden kuntoutuksen sairaalassa on todettu parantavan fyysistä toimintakykyä ja vähentävän kuolleisuutta. Kotona

asuvien ikääntyneiden kuntoutuksen on todettu vähentävän kotiavun tarvetta sekä tarvetta sairaalahoidolle. (Stott & Quinn 2017, 1.)

Moniammatillinen työtapa nähdään kuntoutusta edistävänä. Se mahdollistaa kuntoutujan erilaisten tarpeiden huomioimisen samanaikaisesti ja tukee kuntoutustyöntekijöiden ammattitaitoa ja työssä jaksamista. (Johansson ym. 2010, 106; Järvikoski 2014, 57: Pikkarainen ym. 2016, 185-187.)

Väestön ikääntyessä on kansainvälisestikin ollut kiinnostusta uutta interventiota kohtaan, josta käytetään käsitteitä reablement tai restorative. Suomessa puhutaan kotikuntoutuksesta tai arkikuntoutuksesta. Kotikuntoutuksessa kyseessä on intensiivinen, aikaan rajattu, tavoitteellinen ja moniammatillinen kuntoutus ikääntyneille, joilla on joko tarve kuntoutukselle tai riski toimintakyvyn laskulle. Kuntoutus tapahtuu ikääntyneen arjessa, josta tavoitteet myös nousevat. Kuntoutustyöntekijän tehtävänä on tukea ja kannustaa ikääntynyttä päivittäisissä toimissa sekä osallistumisessa kodin ulkopuoliseen toimintaan. Kotikuntoutuksessa on oleellista kuntoutujan oma motivaatio ja kuntoutustyöntekijän motiivoiva tuki. (Hjelle ym. 2017, 1581.) Toisaalta, vertailtaessa kotikuntoutusta tavalliseen kotihoitoon, eroa oli hyvin vähän verrattuna kuolleisuuteen tai sairaalaan joutumisessa. Pientä näyttöä saatiin päivittäisessä toimintakyvyssä, mutta näyttö oli epävarmaa koskien elämänlaatua tai asumisjärjestelyjä. Hyötyä saattaa olla kotihoidon tarpeessa ja kustannuksissa. (Lewin, Alfonso & Alan 2013, 1273-1281; Cochrane, Furlong, McGilloy, Molloy, Stevenson & Donnelly 2016, 1.)

Ikääntyneiden monialainen kuntoutus edellyttää monitieteistä ja tutkimusrajoja ylittävää tutkimusta. Lisääntyvä gerontologinen tutkimustieto mahdollistaa vaikuttavien kuntoutuspalveluiden suunnittelun ja toteutuksen. Kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta ikääntyneiden kuntoutuspalvelut ovat suppeampia ja vaativat kehittämistä. Ikääntyneet tarvitsevat kuntoutuspalvelujen koordinoitua, ohjausta ja palveluiden joustavuutta erityispiirteidensä vuoksi. Tulevaisuudessa kuntoutus tapahtuu luontevasti ikääntyneiden kodeissa, josta se laajenee ikääntyneen eri verkostoihin, jotka yhdessä omaisten kanssa tukevat kuntoutujien toimijuutta. Teknologialla mahdollistetaan myös kuntoutuksen kehittyminen. (Pikkarainen ym. 2016, 190-191.) Painopisteen siirtyessä avokuntoutukseen, tulisi resursseihin kiinnittää huomiota. Suomessa avoterveydenhuollon resurssit ovat huomattavasti pienemmät kuin sairaala- ja laitosresurssit, kansainvälisestikin vertailtuna. (Järvikoski 2014, 26.) Moniammatillinen työtapa nähdään kuntoutusta edistävänä. Se mahdollistaa kuntoutujan erilaisten tarpeiden huomioimisen samanaikaisesti

ja tukee kuntoutustyöntekijöiden ammattitaitoa ja työssä jaksamista. (Johansson ym. 2010, 106; Järvikoski 2014, 57; Pikkarainen ym. 2016, 185-187.) Kuntoutuksessa tulee myös huomioida tiedon joustava siirtyminen kuntoutukseen osallistuvien välillä ja kuntoutujan oma näkemys tulee sisältyä kuntoutustietoon (Järvikoski 2014, 57; Pikkarainen ym. 2016, 185-187).

Ikääntyneiden kuntoutuksessa keskeisenä osallisuutta lisäävänä menetelmänä korostuu ryhmämuotoinen kuntoutus (Pikkarainen ym. 2016, 185-187; Deokju 2017, 744-747). Myös elämäntilanteen merkitys, kuntoutuksen riittävä pituus ja vertaistoiminnan merkitys omaehtoisen kuntoutuksen tukena koti- ja lähiympäristössä nousee tutkimuksissa esille. Ikääntyneiden yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalisten kontaktien vähyys on yksi keskeinen hyvinvoinnin este, jotka usein nähdään primaariseen vanhenemiseen liittyvinä tekijöinä eivätkä näin ollen ylitä kuntoutukseen ohjautumisen kynnyksiä. Ikääntyneiden ryhmämuotoisen psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu Vanhustyön keskusliiton hankkeessa. Tavoitteena oli selvittää ryhmätoiminnan mahdollisuudet edistää voimavarojen löytymistä ja vähentää yksinäisyyttä. Hankkeen pohjalta käynnistetty Ystäväpiiri-toiminta on nykyisin vakiintunut toimintamuoto eri puolilla Suomea. Ryhmien koko on oleellinen, Riittävän pieni ryhmä mahdollistaa vertaistuen ja mahdollisuuden tehdä yhteistä ikäpolvityötä, mikä edistää fyysistä aktiivisuutta ja rohkeutta osallistua kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Kuntoutuksessa tulee huomioida myös ikääntyneen yksilöllinen rytmi ja tempo. Kuntoutuminen tehostuu pitkäkestoisilla (2-4h) tilanteilla, jota sopivasti tauotetaan. Tämä edistää kuntoutujan oppimista ja arkeen soveltamista. (Pikkarainen ym. 2016, 185-187.) Kun kuntoutus saadaan sidottu arkeen, tehostuu kuntoutumisen jatkuvuus kotiympäristössä (Pikkarainen ym. 2016, 185-187; Chiung-Ju, Wen Pin & Chang 2018, 7).

3.3 Asiakslähtöisyys ikääntyneiden kuntoutuksessa

Kuntoutuksen tavoitteita laadittaessa ja niitä toteutettaessa on tärkeää huomioida kuntoutujan omat edellytykset, voimavarat, elämäntilanne ja elämäntavoitteet. Kuntoutuksen tulee olla asiakaslähtöistä. Yhteistyön tulee toimia eri tasoilla ja kuntoutujan asioita tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti. Kuntoutusjärjestelmän tulee mahdollistaa tarkoituksenmukainen ja oikea-aikainen kuntoutus. Kokonaisvaltainen kuntoutustarpeen arviointi

mahdollistaa kuntoutujalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamisen. Yhteistyö eri järjestelmien välillä on tavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeää. Tavoitteena on, että kuntoutumista tukevat toimintatavat siirtyvät osaksi kuntoutujan arjen toimintoja. (Tollen, Fredriksson & Kamwendo 2007, 181; Paltamaa, Karhula, Suomela & Autti-Rämö 2011,29.)

Asiakaslähtöisessä näkökulmassa kuntoutuja on omaa elämäänsä aktiivisesti suunnitteleva subjekti ja kuntoutustyöntekijä on yhteistyökumppani, joka tekee ehdotuksia, kannustaa ja tukee kuntoutujaa kuntoutusprosessissa. Kuntoutujan kokiessa tavoitteet omikseen, hän pystyy niihin myös sitoutumaan. Tätä tukee tasa-arvoinen ja kuntoutustyöntekijästä riippumaton vuorovaikutussuhde. (Pitkälä ym. 2005, 5; Paltamaa ym. 2011, 36; Pikkarainen ym. 2013, 299; Järvikoski 2014, 22-24.)

Ideaalitilanteessa kuntoutuja on keskiössä. Kuntoutuja tarpeet ja toiveet ohjaavat prosessia. Ammatillaiset tukevat kuntoutujan voimaantumista. Prosessin etenemistä arvioidaan mittarein ja kuntoutujan kanssa keskustellen. Toiminnanvajeiden kompensointi mietitään yhdessä kuntoutujan kanssa ennen jakson päättymistä. Saavutetun toimintakyvyn ylläpitämisen tueksi huolehditaan jatko-ohjeista. (Tollen ym. 2007, 181; Koskinen ym. 2008, 562-563.)

Vanhustyönkeskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa, jossa tarkasteltiin kuntoutuspolun solmukohtia, todettiin, että asiakaslähtöisen toimintavan heikko toteutuminen ja siihen liittyvä asiakkaan sitoutuminen omiin tavoitteisiin ja kuntoutuksen toteuttamiseen ovat esteitä kuntoutuksen toteutuksessa (Pitkälä ym., 2005, 5).

Adherence eli hoitoon sitoutumisen käsite otettiin käyttöön kuvaamaan asiakkaan aktiivista roolia omaa hoitoaan koskevissa päätöksissä. Hoitoon sitoutuminen edellyttää myös asiakkaan omaan motivaatiota. Motivaatioon vaikuttaa minkä arvon asiakas näkee tuloksilla, joita suunnitellun hoidon noudattaminen saa aikaan. Heikko sitoutuminen hoitoon on yleistä. Noin puolet sitoutuu pitkäaikaiseen lääkehoitoon ja kolmannes elämäntapa muutoksiin. (Pitkälä ym. 2005, 7-9; Järvikoski 2014, 23.) WHO:n (2003, 7) mukaan kehittyneissä maissa pitkäaikaissairauksien hoitoon sitoutuu n. 50% potilaista. Sitoutuneisuudessa on hoitotyöntekijällä ja asiakkaalla yhteinen näkemys hoidosta ja taustalla on hyvä kommunikaatio. Luottamus hoitavaan tahoon edistää sitoutumista. (WHO 2003, 4; Johansson ym. 2010, 107.)

Kuntoutusprosessin haasteet liittyvät oikea-aikaisuuden toteutumattomuuteen, asiakaslähtöisyyden toimimattomuuteen, kokonaisvaltainen geriatrisen arvioinnin toteutumattomuuteen, moniammatillinen tiimityö ei toimi, voimavarat ovat riittämättömät, sairaalassa tehty arviointi antaa väärän kuvan kotona selviytymisestä, vuorovaikutuksen haasteet ikääntyneen, omaisen ja ammattilaisten välillä, kuntoutuksen koordinointi ja vastuunotto takkuu sekä puutteellinen tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä. (Pitkälä ym. 2010, 446; Pikkarainen ym. 2013, 302-304; Järvikoski 2014, 58-61.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojekti eteni suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheihin. Suunnitteluvaiheessa ohjausryhmä tapasi kerran (tammikuu 2020), jossa projektisuunnitelmaa tarkennettiin tavoitteen osalta ja sovittiin projektin käynnistämisestä. Kehittämiprojektin kick-off toteutettiin viikon kuluttua ohjausryhmän ensimmäisestä palaverista (tammikuu 2020). Tilaisuuteen kutsuttiin projektiryhmä sähköpostilla, jonka liitteenä oli projektisuunnitelma, saatekirje (liite1) ja tietosuojaseloste (liite2). Tilaisuudessa käytiin läpi projektin tarve, tavoitteet ja tuotokset sekä sovittiin työpajojen aikataulu.

Toteutusvaiheessa järjestettiin kolme työpajaa jokaisen moniammatillisen tiimin kanssa (helmi-maaliskuu 2020). Jokainen työpaja kesti kolme tuntia.

Ohjausryhmän toinen tapaaminen järjestettiin, kun ensimmäinen prosessikuvaus oli valmis (helmikuu 2020). Tapaamisessa käytiin valmistunut prosessikuvaus läpi ja sovittiin jatkettavan prosessien kuvaamista suunnitellusti. Ohjausryhmä kiinnitti huomiota runsaaseen kirjaamiseen prosessissa sekä vähäiseen haasteiden/kipupisteiden tunnistamiseen.

Koronaviruksen aiheuttaman poikkeusolon vuoksi Kaskenlinnan kuntoutuskeskus suljettiin 13.3.20. Tämän jälkeen järjestettiin vielä yksi työpaja, jossa saatiin kesken jäänyt prosessikuvaus valmiiksi.

Ohjausryhmä piti Skype-kokouksen muuttuneen tilanteen vuoksi (8.4.20). Projektipäällikkö ehdotti mahdollisuutta toteuttaa hoitoprosessien arviointi lähettämällä RUUTU -arviointi matriisin kysymykset sähköisesti moniammatillisten tiimien jäsenille ja tiimit keskenään pohtisivat tehdyn prosessin pohjalta toiminnan muutostarpeita. Projektipäällikkö kokoaisi pohdinnat lopuksi yhteen. Muuttuneessa tilanteessa ei ollut mahdollista yhteistä kehittämispäivää järjestää. Ohjausryhmälle ehdotus sopi.

Ohjausryhmän Skype-kokouksen jälkeen projektipäällikkö lähetti tiimeille sähköpostitse lomakkeen (liite7), johon kysymykset oli poimittu RUUTU -arviointimatriisista ja saatteeksi pyynnön hoitoprosessin arvioinnista lomakkeen kysymysten pohjalta ja palautusaikataulun. Yhteisen kehittämispäivän peruuntuessa muuttui myös suunnitelma käyttää RUUTU-arvioinnin pohjana kerättyjä asiakaspalautteita vuodelta 2019.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT

Kehittämismenetelmät projektissa olivat osallistava työpajatyöskentely ja dialoginen keskustelu. Työpajoihin kutsuttiin sähköpostitse, johon liitettiin saatekirje (liite2). Työpajan osallistajat toimivat yhdessä erilaisin vuorovaikutuksellisin menetelmin ja välinein. Pääpaino on vuorovaikutuksellisuudessa (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinon 2017, 63). Dialogisella keskustelulla tavoitellaan avoimuutta ja suoruudella yhteistä ymmärrystä. Aidolla dialogilla on mahdollista saada käyttöön ihmisten osaaminen, motivaatio ja luovuus. (Salonen ym. 2017, 61.)

Ensimmäinen työpaja järjestettiin moniammatillisille tiimeille yhteisenä, jolloin yhdessä tutustuttiin työvälineenä käytettävään Service blueprint -malliin. Jokaiseen ydintiimiin kuuluu sairaanhoitaja, lähihoitaja, toiminta- ja fysioterapeutti. Ydintiimin lisäksi, osana tiimiä toin lääkäri, sosiaalityöntekijä, osastosihteeri ja osastonhoitaja. Yksikön osastonhoitaja toimi kehittämiprojektin projektipäällikkönä. Seuraavassa vaiheessa moniammatilliset tiimit eriytyivät ja tiimeille järjestettiin tarvittavat työpajat. Jokaiselle tiimille omansa, josia kuvattiin kunkin asiakasryhmän hoitoprosessit. Osaston lääkärillä, sosiaalityöntekijällä ja osastosihteerillä ei ollut mahdollisuutta osallistua työpajoihin kuin osittain. Prosessien valmistuttua, oli tarkoitus järjestää yhteinen työpaja, jossa olisi keskustellen arvioitu prosessien eroja ja niiden merkitystä asiakkaalle arvoa tuottavina tekijöinä. Prosessin asiakaslähtöisyyden toteutumista oli tarkoitus arvioida suhteessa vuoden 2019 aikana kerättyihin asiakaspalautteisiin. Koronaviruksen aiheuttama poikkeustilanne muutti suunnitelman. Ohjausryhmän Skype-palaverissa 8.4.2020 sovittiin, että prosessien arviointi toteutetaan tiimien kesken sähköiseen lomakkeeseen vastaamalla.

Työpajatyöskentelyssä keskeisenä työvälineenä oli Service blueprint -malli (liite 3), jonka avulla hoitoprosessit kuvattiin. Service blueprint on prosessikaavio ja yksityiskohtainen malli palvelusta, jossa palvelun eri osat liittyvät toisiinsa. Blueprinting tuo näkyväksi palveluprosessin erilaisuuden palveluntarjoajalle ja asiakkaalle. Prosessissa on paljon toiselle osapuolelle näkymättömiä toimintoja. Service blueprint visualisoi palvelun. Se luo yhtäaikaaisesti kuvan palvelun näkyvistä elementeistä, asiakkaiden ja työntekijöiden rooleista, asiakaspalvelun leikkauspisteistä sekä palvelutarjonnan prosessista. Service blueprint koostuu viidestä komponentista, jotka ovat asiakkaalle näkyvä palvelutila, asiakkaan toiminta, asiakaspalveluhenkilöstön näkyvä toiminta (näyttämö), asiakaspalveluhenkilöstön asiakkaalle näkymätön toiminta (takahuone) ja tukiprosessit. Tekeminen

koostuu kuudesta askeleesta. Ensimmäisenä määritellään palveluprosessi, josta service blueprint tehdään. Toiseksi tunnistetaan asiakkaat: ketkä käyttävät palvelua. Kolmanneksi palvelu kuvataan asiakkaan näkökulmasta. Neljänneksi kuvataan työntekijän toiminta (näyttämöllä ja takahuoneessa). Viidenneksi yhdistetään tarvittavat tukitoiminnot vuorovaikutteisiin toimintoihin. Lopuksi lisätään palvelutodisteet jokaiselle asiakkaan toiminnan askeleelle. (Tuulaniemi 2011.) Tässä projektissa se, mitä asiakas näkee ja kokee, on asiantuntijan määrittelemää. Projektissa ei ollut mahdollisuutta osallistaa asiakkaita. Työpajoissa aloitettiin kuvaamaan palvelua komponentti komponentilta, mutta nopeasti päädyttiin kuvaamaan ensin kuntoutujan toimintaa ja tarkastelemaan sitä heti jokaiselta komponentilta. Se tuntui luontevalta tavalta työskennellä.

Tässä projektissa arviointimenetelmiä olivat refleктоiva itsearviointi, RUUTU-arviointimatriisi (liite7) ja palautekeskustelut. RUUTU-arviointimatriisia käytettiin arvioimaan tuotosta eli valmiita hoitoprosesseja ja tunnistamaan kehittämiskohteet jatkossa. Ruutu-arviointimatriisin (Kuva1) avulla haettiin moniammatillisten tiimien näkemyksiä toiminnan kehittämiseksi; minkä painoarvoa prosessissa tulisi vähentää, mitä vahvistaa, mikä mahdollisesti koetaan turhaksi ja mitä toiminnasta puuttuu. Näiden lisäksi tiimien piti arvioida toiminnan saavutettuja tuloksia ja vaikutuksia, ketkä ovat toiminnasta hyötäneet ja valita kehitettävät asiat jatkossa. (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus, 29-30.)

Minkä painoarvoa tulee jatkossa vähentää?	Minkä painoarvoa tulee jatkossa vahvistaa?
Mikä on toiminnassamme turhaa, mistä voimme jatkossa kenties luopua?	Mitä toiminnastamme puuttuu, mitä uutta meidän tulisi luoda?
Mitä tuloksia ja vaikutuksia toiminnalla on saatu aikaiseksi?	
Ketkä tai mitkä tahot hyötyvät toiminnasta, ja miten?	
Kehittämiskohteet jatkossa:	



Kuva 1. RUUTU –arviointimatriisi (Sosiaali- ja terveystieteiden avustuskeskus 2019)

Kehittämistoiminnassa arviointi sisältyy toiminnan jokaiseen vaiheeseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotos tähtää työn kehittämiseen ja se edellyttää eri vaiheissa mukana olevia toimijoita. Kehittäminen edellyttää keskustelua, arviointia, toiminnan uudelleen suuntaamista, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottoa eri toimijoiden kesken projektin aikana. (Seppänen-Järvelä 2004, 21; Salonen 2013, 4; Kymäläinen, Lakkala, Carver & Kamppari 2014, 56.) Projektin seurantaan ja arviointiin kuuluu raportoinnin lisäksi myös säännöllisiä seurantakokouksia (Silfverberg 2005, 49). Projektin aikana järjestettiin ohjausryhmän kokous ennen projektin alkua, projektin aikana ensimmäisen hoitoprosessin valmistumisen jälkeen sekä Skype-kokous koronaviruksen aiheuttaman muutoksen vuoksi. Palautekeskustelussa käytiin läpi kehittämisprojektin etenemistä, siinä tulleita mahdollisia ongelmia ja aikataulua.

Arviointi voi olla itsearviointia, osallistavaa tai ulkoapäin tulevaa arviointia. Arviointien keskeisimpinä tavoitteina on oman työn ja vahvuuksien kehittäminen sekä heikkouksien esille tuominen. (Kymäläinen ym. 2014, 56; Salonen ym. 2017, 64-65.) Itsearviointissa projektiin itse osallistuvat arvioivat työtään ja muokkaavat sitä (Seppänen-Järvelä 2004, 24). Reflektioivassa itsearviointissa projektipäällikkö peilaa omia ajatuksiaan, kokemuksiaan, tunteita ja havaintoja ulkoa tuleviin asioihin. Kehittämistyössä tärkeä reflektoinnin työväline on päiväkirja. (Seppänen-Järvelä 2004, 44-48.) Tässä projektissa projektipäällikkö piti päiväkirjaa projektin ajan reflektoiden omia kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Kehittämisprojektin projektipäällikkö tekee itsearviointin omasta työskentelystään ja oppimisestaan projektin edetessä ja raportoi oppimansa projektin valmistuessa (Salonen ym. 2017, 33, 64).

Projektia arvioitaessa tarkastellaan seuraavia asioita: tavoiteasetanta (projektien tarvelähtöisyyttä, päätavoitteita ja osatavoitteita), projektien toimeenpano (organisointi, projektiosaaminen, verkostoituminen), projektien aikaansaamat tulokset ja projektien tuoma lisäarvo kohderyhmälle. Arviointikriteereitä voivat olla esimerkiksi asiakaslähtöisyys, tuloksellisuus, innovatiivisuus, toimivat työmenetelmät ja sitoutuneisuus. (Kuikka, Utraiainen & Virkkunen 2012, 29-30.) Kehittämisprojektin raportoinnissa arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Tämän projektin arviointi on kirjattu raportin kohtaan 7.2.

6 KASKENLINNAN KUNTOUTUSKESKUKSEN HOITOPROSESSIT

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä tavoitteena on palveluiden oikea-aikaisuus ja saumattomuus. Tätä tavoitellaan palveluintegraatiolla, jossa palveluja yhdistetään tarpeiden perusteella. Tästä hyötyvät erityisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat. Palvelujen yhteensovittamista edistää moniammatillisuus, tarvelähtöisyys ja prosessin seuranta. (Koivisto, Liukko & Tiirinki 2019.) Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen toiminnassa yhdistyvät moniammatillisuus, kuntoutuksen tarve, jossa asiakas määrittelee tavoitteet ja kuntoutuksen toteutumista seurataan jakson aikana ja sen jälkeen. Palvelukokonaisuuteen kuuluu myös yhteydenpito kotihoidon/omaisten kanssa jakson aikana ja sen päättyessä, jolloin hoidon jatkuvuus palveluintegraation näkökulmasta toteutuu saumattomasti.

Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan liikkumista eritason palveluiden välillä (Koivisto, Pohjola, Lyytikäinen, Liukko & Luoto 2016, 21). Sujuvuutta parantaa tiedonsiirron saumattomuus, mikä samassa organisaatiossa on sujuvaa, mutta aiheuttaa haasteita esimerkiksi kolmannen sektorin palvelujen piiriin siirryttäessä (Koivisto ym. 2016, 21). Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa kyseessä on horisontaalinen palveluintegraatio, jossa palvelut ovat saman katon alla saavutettavissa.

6.1 Neurologisen kuntoutujan hoitoprosessi

Neurologisen kuntoutujan hoitoprosessi (liite 4) käynnistyy lähettävässä yksikössä, jossa moniammatillinen tiimi arvioi jatkokuntoutustarpeen ja tekee lähetteen Kaskenlinnan kuntoutuskeskukseen kuntoutujan antaessa siihen suostumuksen. Lähettävän yksikön terapeutti on edeltävästi yhteydessä kuntoutuskeskuksen terapeuttiin. Kuntoutuskeskuksen sijainti lähellä neurologista vuodeosastoa mahdollistaa kuntoutujan tutustumisen edeltävästi yksikköön ja sen henkilökuntaan, mikä helpottaa siirtymistä jatkokuntoutukseen. Ensimmäinen kontakti kuntoutujaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen on yhteydenotto puhelimitse kuntoutuskeskuksen moniammatillisen tiimin jäseneltä. Kuntoutusjakso

käynnistyy moniammatillisella arviokäynnillä kuntoutujan kotona, jossa jo arvioidaan toimintakykyä, kartoitetaan mahdollisia haasteita ja asetetaan kuntoutujan kanssa yhdessä jakson tavoitteet ja pohditaan keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Käynnin pohjalta laaditaan kuntoutussuunnitelma. Kuntoutusjakso saatetaan toteuttaa pelkästään kotikäynteinä, mutta useimmiten siihen kuuluu myös käynnit Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa 1-2 kertaa viikossa. Kuntoutusjakson toteutumisen kannalta oleellista on kuljetuksen järjestäminen kuntoutuskeskukseen. Keskuspäivän aikana kuntoutuja tapaa sairaanhoitajan, lähihoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja tarvittaessa sosiaalityöntekijän ja lääkärin. Päivän aikana saadaan tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset toteutettua. Jakso on intensiivinen ja vaatii kuntoutujalta sitoutumista. Jaksoon liittyy kotiharjoitteiden toteuttaminen itsenäisesti, joita jakson aikana päivitetään tarpeen mukaan. Päivä kuntoutuskeskuksella on pitkä ja sisältää monia toimintoja ja on usein neurologiselle kuntoutujalle raskas.

Kuntoutusjaksolla oleellista on kuntoutuksen nivoutuminen kuntoutujan arkeen. Arjen tulisi olla toimivaa ja mielekästä. Kotikäynneillä harjoitellaan arjen toimintoja, tutustutaan uudelleen tuttuihin harrastuksiin tai uusiin harrastuksiin. Neurologisen kuntoutujan kohdalla korostuu kognitiiviset haasteet ja sairaudentunnottomuus. Jakson päättyessä kuntoutujan kanssa sovitaan jatkoseurannasta, 1kk ja 3kk motivointipuhelut ja 6kk seurantaikänti kuntoutuskeskuksella ja hän saa arkikuntoutussuunnitelman.

Sekä kotikäynnit että keskuspäivät pitävät sisällään runsaasti kuntoutujalle näkymätöntä työtä, kuten esimerkiksi kuntoutuksen arviointia, suunnittelua ja yhteydenpitoa muihin hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Kipupisteinä tai haasteina prosessissa nähtiin esimerkiksi eri tahojen poikkeavat näkemykset avun tarpeesta, kirjaamisen päällekkäisyys, tuplatilastointi, päivän pituus neurologiselle kuntoutujalle, välipalan ravintosisältö, haasteet kuljetusten aikatauluissa, sosiaalityön pieni resurssi ja tiedonkulku käynnin peruuntuessa. Kotikäyntien toteutuksessa haasteeksi muodostuu pysäköinti, paikkoja on vähän ja sen löytäminen vie työaikaa joskus paljonkin.

Ohjausryhmässä kiinnitettiin huomiota runsaaseen kirjaamiseen ja vähäiseen haasteiden/kipukohtien tunnistamiseen. Ohjausryhmä toi esille tilastoinnin haasteet, esimerkiksi kun kaikille tehdään alkuarviointi, oli tilastoitu ainoastaan 20 alkuarviointikäyntiä, hoitajaksoja on kuitenkin lähemmäs kolmesataa. Kuljetus näyttäytyy haasteena. Toisaalta se nähdään toiminnan edellytyksenä, mutta siihen liittyy tiedonkulun haasteita ja kuntoutuja

joutuu odottamaan kotona, koska aikaikkuna haulle on puolitoista tuntia. Toisaalta kuntoutuja saattaa joutua istumaan taksissa jopa tunnin. Kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta tuotiin esille moniammatilliset kuntoutuspalaverit, joihin kuntoutuja ei osallistu.

6.2 Ortopedisen kuntoutujan hoitoprosessi

Ortopedisen kuntoutujan hoitoprosessi (liite 5) käynnistyy lähettävässä yksikössä, jossa moniammatillinen tiimi arvioi jatkokuntoutustarpeen ja tekee lähetteen Kaskenlinnan kuntoutuskeskukseen, kuntoutujan annettua suostumuksen lähetteen tekoon. Suostumuksen saaminen nähdään tärkeänä motivaation kannalta, Ensimmäinen yhteydenotto kuntoutuskeskuksesta tapahtuu kotiutumisen jälkeen, jolloin sovitaan moniammatillinen arviointikäynti kuntoutujan kotiin tai jakson aloittamisesta suoraan kuntoutuskeskuksella. Jakson alkaminen ilman kuntoutujan kotona tehtyä arviointikäyntiä edellyttää lähettävältä yksiköltä kotikäynnin toteutusta ja selkeää suunnitelmaa kuntoutuksen tarpeesta. Arviointikäynnillä kartoitetaan kuntoutujan toimintakyky, arvioidaan tilat ja mahdollinen apuvälinetarve. Mikäli kuntoutujalla ei ole kotiharjoitusohjeita, annetaan hänelle ne, käydään läpi lääkitys, kysytään ravitsemuksen toteutumisesta, katsotaan luvalla jääkaappiin ja annetaan yhteystiedot, kuten esimerkiksi avustajakeskus, ateriapalvelu, maksutointo ja turvapuhelin. Käynnillä asetetaan kuntoutusjakson tavoite yhdessä kuntoutujan kanssa ja sovitaan kuntoutusjakson aloituksesta. Kuntoutusjakso voidaan toteuttaa kotikäynteinä tai sekä koti- että keskuskäynteinä.

Kuntoutuja haetaan taksilla. Useimmille ei olisi mahdollista osallistua kuntoutusjaksolle ilman järjestettyä kuljetusta. Keskuspäivän aikana kuntoutuja tapaa sairaanhoitajan, lähihoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja tarvittaessa sosiaalityöntekijän ja lääkärin. Päivän aikana saadaan tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset toteutettua. Jakso on intensiivinen ja vaatii kuntoutujalta sitoutumista. Jaksoon liittyy kotiharjoitteiden toteuttaminen itsenäisesti, joita jakson aikana päivitetään kuntoutumisen edetessä. Jakson päättyessä kuntoutujan kanssa sovitaan jatkoseurannasta, 1kk ja 3kk motivointipuhelut ja 6kk seurantakäynti kuntoutuskeskuksella ja hän saa arkikuntoutussuunnitelman.

Sekä kotikäynnit että keskuspäivät pitävät sisällään runsaasti kuntoutujalle näkymätöntä työtä, kuten esimerkiksi kuntoutuksen arviointia, suunnittelua ja yhteydenpitoa muihin hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Kipupisteinä/haasteina prosessissa nähtiin kuntoutujan suostumus jaksolle. Kuntoutuja ei aina ole ymmärtänyt mihin on suostunut ja kotiuttava taho on saattanut kotiuttaa ajatuksella, että jatkokuntoutus järjestyy kuntoutuskeskuksessa. Haasteen aiheuttaa myös tilanne, jossa kuntoutujaa ei tavoiteta, jakson alku viivästyy ja tavoittelu vie ammattilaisen aikaa. Kuntoutujan on usein vaikea asettaa itselleen tavoitetta, hän saattaa olla tyytyväinen nykytilaan eikä näe kuntoutustarvetta. Tällöin on vaikea motivoitua harjoitteiden ja arkikuntoutussuunnitelman toteuttamiseen. Kuntoutujakson maksullisuus saattaa olla haaste, mikä näkyy usein alkuvuodesta maksukaton vielä ollessa täyttymättä. Tulkkien saatavuus on haaste, maahanmuuttajat ikääntyvät, heille tulee kuntoutustarve, mutta yhteistä kieltä ei löydy ammattilaisten kanssa. Prosessissa haasteena nähtiin myös kuljetusten toteutuminen. Yhteen autoon mahtuu enimmillään kuusi kuntoutujaa, jolloin aika autossa saattaa olla pitkä ja tarkkoja hakuajoja ei pystytä antamaan, jolloin kuntoutuja voi joutua olemaan valmiudessa lähtemään pitkän ajan. Lisäksi siirtymiset autoon ja pois aiheuttavat kaatumisriskin. Kirjaaminen vie aikaa runsaasti ja koetaan päällekkäistä kirjaamista sekä terapeutit tekevät tuplatilastointia. Toisaalta taas esimerkiksi tiedonvälittyminen kotihoidolle on haaste, mihin kirjata esimerkiksi kotikäyntiaika, jotta se on tiedossa muille toimijoille.

6.3 Geriatrisen kuntoutujan hoitoprosessi

Geriatrisen kuntoutujan hoitoprosessi (liite 6) käynnistyy lähettävässä yksikössä, jossa moniammatillinen tiimi arvioi jatkokuntoutustarpeen ja tekee lähetteen Kaskenlinnan kuntoutuskeskukseen, kuntoutujan annettua suostumuksen lähetteen tekoon. Lähettävän yksikön terapeutti on usein yhteydessä kuntoutuskeskuksen terapeuttiin kuntoutujasta edeltävästi.

Ensimmäinen yhteydenotto kuntoutujaan tapahtuu, kun sairaanhoitaja ottaa puhelimitse yhteyttä kuntoutujaan ja sopii arviointikäynnin. Arviointikäynnillä moniammatillinen tiimi haastattelee kuntoutujaa ja muita mahdollisia käynnille osallistuvia kuntoutujan toimintakyvystä, ravitsemuksesta, unesta, sosiaalisista kontakteista, liikkumisesta, apuvälineistä, lääkehoidosta, arjen sujumisesta ja aiemmista mielenkiinnon kohteista. Arviointikäynnillä laaditaan kuntoutussuunnitelma kuntoutujan omien tavoitteiden pohjalta ja sovitaan mahdollisesta kuntoutusjakosn aloittamisesta heti tai yhteydenotosta moniammatillisen kuntoutuspalaverin jälkeen. Kuntoutuspalaverin jälkeen moniammatillisen tiimin

jäsen ilmoittaa kuntoutujalle jakson aloituspäivän. Sairaanhoidtaja ilmoittaa jakson alkamisesta tarvittaessa omaisille ja muille hoitoon osallistuville tahoille, kuten esimerkiksi kotihoitoon. Kuntoutusjakso voidaan toteuttaa kotikäynteinä tai sekä koti- että keskuskäynteinä.

Kuntoutuskeskukselle haetaan taksilla. Useimmille ei olisi mahdollista osallistua kuntoutusjaksolle ilman järjestettyä kuljetusta. Keskuspäivän aikana kuntoutuja tapaa sairaanhoitajan, lähihoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja tarvittaessa sosiaalityöntekijän ja lääkärin. Päivän aikana saadaan tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset toteutettua. Jakso on intensiivinen ja vaatii kuntoutujalta sitoutumista. Jaksoon liittyy kotiharjoitteiden toteuttaminen itsenäisesti, joita jakson aikana päivitetään kuntoutumisen edetessä. Jakson päättyessä kuntoutujan kanssa sovitaan jatkoseurannasta, 1kk ja 3kk motivointipuhelut ja 6kk seurantakäynti kuntoutuskeskuksella ja hän saa arkikuntoutussuunnitelman.

Sekä kotikäynnit että keskuspäivät pitävät sisällään runsaasti kuntoutujalle näkymätöntä työtä, kuten esimerkiksi kuntoutuksen arviointia, suunnittelua ja yhteydenpitoa muihin hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Kipupisteinä/haasteina prosessin alussa nähtiin tiedonkulun liittyviä tekijöitä kuten lähettävän yksikön terapeutit eivät aina tavoita kuntoutuskeskuksen terapeutteja, lähete uupuu tai se on puutteellinen. Geriatriset kuntoutujat tulevat usein poliklinikoilta, jolloin lähettävällä taholla ei ole ollut mahdollisuutta perehtyä kuntoutujan tilanteeseen samoin kuin osastolla. Tiedonkulkuun liittyy haasteita pitkin prosessia tiimin sisälläkin. Prosessissa esiin nousee myös tilastointiin liittyvät haasteet, kuten tuplatilastointi tai esimerkiksi hoitajat eivät ole tilastoineet puheluita lainkaan, kun taas terapeutit tilastoivat kaikki puhelut. Kuntoutujaan liittyy tavoitettavuushaasteet tai kuntoutuja, ei kuntoutustarpeesta huolimatta motivoitu ja peruu tulonsa tai unohtaa esimerkiksi sovitun kotikäynnin ja on varannut siihen jotain muuta. Kuljetukseen liittyy aikatauluongelmat, kyydit ovat usein myöhässä, jolloin päivän suunniteltuihin aikatauluihin kohdistuu paineita. Ravitsemukseen liittyvänä haasteena nähtiin kuntoutuskeskuksessa tarjoiltava välipala, joka tällä hetkellä lähinnä kahvi ja kahvileipä. Sen sisältö koettiin ongelmana. Kuntoutuskeskuksen tilat ovat osittain ahtaita, jolloin kaatumisriski kasvaa. Kuntoutujilla on liikkumisen apuvälineitä käytössään ja usein esimerkiksi iltapäivällä on useita henkilöitä samaan aikaan pukeutumassa. Kuntoutujan sitoutuminen harjoitteiden ja arkikuntoutussuunnitelman toteuttamiseen on haaste.

6.4 Ikääntyneen kuntoutujan erityispiirteisiin vastaamisen toteutuminen

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen hoitoprosessit ovat pääsääntöisesti hyvin samankaltaisia. Pieniä eroja löytyy, esimerkiksi fyysiset tilat mahdollistavat tiettyjen potilasryhmien tutustumisen tiloihin vuodeosastolla ollessaan ennen kuntoutuksen aloitusta. Toimintamalli on luotu toiminnan alkaessa ja työyhteisö on sen yhdessä luonut. Toimintaa on yhdessä kolmen vuoden aikana kehitetty ja siihen ovat kaikki sitoutuneet. Toimintamallin yhtenäisyyttä tukee myös pieni vaihtuvuus henkilökunnassa.

Ikääntyneen kuntoutuksen tulee alkaa heti sairaalaan joutuessa ja sen tulee jatkua myös kotiutumisen jälkeen. Kuntoutus ei voi olla yksittäinen interventio. (Stott & Quinn 2017, 4; McKelvie ym. 2018, 20.) Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa on yhteisesti sovittu, että ensimmäinen yhteydenotto tapahtuu 7 vuorokauden kuluessa lähetteen saapumisesta, Tavoitteena on toimia liukumäkenä sairaalasta kotiutuville. Ennen lähetteen tekoa lähettävän yksikön tulisi selvittää kuntoutujan motivaatio sitoutua aktiiviseen kuntoutukseen ja saada suostumus lähetteen tekoon. Kuntoutusjakso kestää pääsääntöisesti 1-3kk ja sisältää useimmiten kaksi käyntiä viikossa kuntoutuskeskuksella sekä tarpeen mukaan kotikäynnit viikoittain.

Palvelu käynnistyy alkuarvioinnilla, jolloin kaikille palvelun piiriin tuleville tehdään alkuhaastattelu. Haastattelussa kartoitetaan laajasti kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, sekä kartoitetaan elämänlaatua muutamalla kysymyksellä, mitkä on nostettu WHO:n Quality of life -mittarista. Ikääntyneen kuntoutuksen erityisyys liittyy fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin vanhenemisprosesseihin ja vanhuuteen ainutkertaisena elämänvaiheena (Koskinen ym. 2008, 550). Kuntoutuksen tavoitteita laadittaessa ja niitä toteutettaessa on tärkeää huomioida kuntoutujan omat edellytykset, voimavarat, elämäntilanne ja elämäntavoitteet. Kuntoutuksen tulee olla asiakaslähtöistä. Kokonaisvaltainen kuntoutustarpeen arviointi mahdollistaa kuntoutujalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamisen. Tavoitteena on, että kuntoutumista tukevat toimintatavat siirtyvät osaksi kuntoutujan arjen toimintoja. (Tollen ym. 2007, 181; Paltamaa ym. 2011,29.)

Asiakaslähtöisessä näkökulmassa kuntoutuja on omaa elämäänsä aktiivisesti suunnitteleva subjekti ja kuntoutustyöntekijä on yhteistyökumppani, joka tekee ehdotuksia, kannustaa ja tukee kuntoutujaa kuntoutusprosessissa. Kuntoutujan kokiessa tavoitteet omikseen, hän pystyy niihin myös sitoutumaan. Tätä tukee tasa-arvoinen ja kuntoutustyöntekijästä riippumaton vuorovaikutussuhde. (Pitkälä ym. 2005, 5; Paltamaa ym. 2011,

36; Pikkarainen ym. 2013, 299; Järvikoski 2014, 22-24.) Kuntoutujan kokiessa tavoitteet omikseen niihin on myös helpompi sitoutua. Kuntoutus on asiakaslähtöistä, suunnitelmallista ja monialaista. (Pitkälä ym. 2005, 5; Paltamaa ym. 2011, 36; Pikkarainen ym. 2013, 299; Järvikoski 2014, 22-24; Stott ym. 2017,1.) Alkuarvioinnin pohjalta kaikille tehdään kuntoutujan omiin tavoitteisiin perustuva kuntoutussuunnitelma, yhdessä kuntoutujan ja moniammatillisen tiimin kanssa. Usein mukana on myös kuntoutujan lähiomainen ja hoitoon osallistuva toimija, esimerkiksi kotihoito.

Moniammatillinen työtapa edistää kuntoutusta. Se mahdollistaa kuntoutujan erilaisten tarpeiden huomioimisen samanaikaisesti ja tukee kuntoutustyöntekijöiden ammattitaitoa ja työssä jaksamista (Johansson ym. 2010, 106; Järvikoski 2014, 57; Pikkarainen ym. 2016, 185-187). Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen tiimeihin kuuluu sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysio- ja toimintaterapeutti, geriatri ja sosiaalityöntekijä.

Ikääntyvällä on usein useita toisiinsa liittyviä ongelmia, jotka jäävät helposti havaitsematta, jos niitä ei osata etsiä. Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi on osoitettu vaikuttavaksi ikääntyneiden toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemisen ja laitoshoidon lykkääntymisen kannalta. Arvioinnissa huomioidaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen toimintakyky sekä ikääntyneen elinympäristö. Geriatriassa arvioinnissa oleellista on moniammatillisuus ja toimintakykymittarit, joilla pystytään osoittamaan kuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatriksen kuntoutuksen tärkeä tavoite on elämänlaadun parantaminen. Sen mittaaminen on haaste, koska elämänlaatumittareita ei ole kehitetty ikääntyneiden elämänlaadun osa-alueita huomioiden. (Johansson ym. 2010, 106; Pitkälä ym. 2010, 442-444.) Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen moniammatilliseen tiimiin kuuluu geriatri, mikä mahdollistaa kokonaisvaltaisen geriatriksen arvioinnin toteutumisen kuntoutusjaksolla. Geriatrinen lähestymistapa nähdään monisairaiden ikääntyneiden kuntoutuksessa eduksi (Lönnsroos 2008, 282-283). Kuntoutujan toimintakykyä kartoitetaan laajasti yhteisesti sovittujen mittareiden avulla. Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja hoitajat toteuttavat sovitut mittaukset sekä jakson alussa, lopussa ja 6kk seurantakäynnillä.

Ikääntyneelle tulee mahdollistaa omien voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen. Kohentunut turvallisuuden tunne ja toivo tulevaisuudesta lisää elämän hallinnan tunnetta. On tärkeää tunnistaa mikä on primaarista vanhenemista ja mikä sekundaarista, jotta kuntoutustarpeet tulevat näkyviksi ja kuntoutus kokonaisuutena uudistuu ja laajenee. Primaariseen eli luonnolliseen vanhenemisen yksilölliseen vaihteluun voidaan vaikuttaa esimerkiksi ravitsemuksella ja fyysisellä aktiivisuudella. Tukemalla ikääntyneen

voimavaroja, voidaan estää ennen aikaista vanhenemistä. Sekundaariseen vanhenemiseen eli ulkoisten tekijöiden, esimerkiksi sairauksien, elintapojen aiheuttamaan vanhenemiseen, voidaan vaikuttaa sairauksien hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella. (Pikkarainen 2016, 179-183.) Kuntoutusjakson aikana korostuu fyysisen aktiivisuuden parantaminen ryhmä- ja yksilöharjoittelulla sekä keskuksella, että kotona, mutta ravitsemustilan arviointi, ravitsemussuunnitelma ja ohjaus sekä yksilöllisesti että ryhmässä on osa kuntoutusjaksoa. Geriatriinen kokonaisarvio sekä sairaanhoitajan osallisuus kuntoutusjaksolla osaltaan varmistaa sairauksien hyvää hoitoa ja siten tukee kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista.

Kuntoutuksessa yksittäisten tekojen tai suoritusten arviointi ei anna oikeata kuvaa arjessa selviytymisestä. Ikääntyneen pariskunnan yhteinen toimintakyky voi olla turvallisempaa ja tehokkaampaa, kuin yksilöllisesti tehdyt arvioinnit osoittavat. (Pikkarainen 2016, 179-183.) Omaiset ja kuntoutujan arkeen kiinteästi liittyvät tahot huomioidaan kuntoutusjakson aikana esimerkiksi pyytämällä heidät mukaan arviointikäynnille ja pitämällä tiivistä yhteyttä jakson aikana.

Kuntoutuskeskuksessa toteutetaan ryhmämuotoisena kuntoutuksena voimaharjoittelua, liikunnallisia harjoitteita, viriketoimintaa, ravitsemusohjausta ja keskusteluja. Ikääntyneiden kuntoutuksessa keskeisenä osallisuutta lisäävänä menetelmänä korostuu ryhmämuotoinen kuntoutus (Pikkarainen ym. 2016, 185-187; Deokju 2017, 744-747). Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa toteutuu vertaistuki. Oma tilannetta pääsee vertaamaan muiden tilanteeseen (Pikkarainen 2016, 179-183). Elämäntilanteen merkitys, kuntoutuksen riittävä pituus ja vertaistoiminnan merkitys omaehtoisen kuntoutuksen tukena koti- ja lähiympäristössä nousee tutkimuksissa esille (Pikkarainen ym. 2016, 185-187). Aktiivinen kuntoutus on yleensä melko lyhyt interventio. Vaikuttavuuden parantamiseksi, kuntoutujan tulee sitoutua terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Toimintakyvyn palautuminen ja kuntoutuminen ovat pitkä prosessi, jossa korostuu kuntoutujan oma toiminta. (Pitkälä ym. 2005, 33.) Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen kuntoutusjaksot ovat pääsääntöisesti 1-3 kuukauden pituisia. Omatoimisten kotiharjoitteiden merkitys tavoitteiden saavuttamisessa tulee esille prosessikuvauksissa. Kotiharjoitteet ovat osa kuntoutusta ja niitä päivitetään kuntoutuksen edetessä.

Väestön ikääntyessä on kansainvälisestikin ollut kiinnostusta uutta interventiota kohtaan, josta käytetään käsitteitä reablement tai restorative. Suomessa puhutaan kotikuntoutuksesta tai arkikuntoutuksesta. Kotikuntoutuksessa kyseessä on intensiivinen, aikaan ra-

jattu, tavoitteellinen ja moniammatillinen kuntoutus ikääntyneille, joilla on joko tarve kuntoutukselle tai riski toimintakyvyn laskulle. Kuntoutus tapahtuu ikääntyneen arjessa, josta tavoitteet myös nousevat. Kuntoutustyöntekijän tehtävänä on tukea ja kannustaa ikääntynyttä päivittäisissä toimissa sekä osallistumisessa kodin ulkopuoliseen toimintaan. Kotikuntoutuksessa on oleellista kuntoutujan oma motivaatio ja kuntoutustyöntekijän motiivoiva tuki. (Pikkarainen ym. 2016, 190-191; Hjelle ym. 2017, 1581.) Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen toiminta ei ole puhdasta kotikuntoutusta, vaan kotikuntoutus on osa kuntoutusjaksoa. Toisaalta kuntoutusjakso voidaan toteuttaa kotikuntoutuksena, mikäli kuntoutuja ei ole halukas ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistumaan. Tällöinkin tavoitteet nousevat kuntoutujan arjesta ja kuntoutus tapahtuu ikääntyneen arjessa.

Ideaalitilanteessa kuntoutuja on keskiössä. Kuntoutuja tarpeet ja toiveet ohjaavat prosessia. Ammatillaiset tukevat kuntoutujan voimaantumista. Prosessin etenemistä arvioidaan mittarein ja kuntoutujan kanssa keskustellen. Toiminnanvajeiden kompensointi mietitään yhdessä kuntoutujan kanssa ennen jakson päättymistä. Saavutetun toimintakyvyn ylläpitämisen tueksi huolehditaan jatko-ohjeista. (Tollen ym. 2007, 181; Koskinen ym. 2008, 562-563.) Kuvatuissa prosesseissa kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan omat tavoitteet ja toiveet. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan ja moniammatillisen tiimin kanssa. Kuntoutusjaksoon kuuluu kiinteästi sovitut mittaukset, joita täydennetään tarvittaessa tarpeen mukaan ja joiden avulla tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Prosessikuvauksissa näkyy moniammatillisen tiimin tuki kuntoutujalle kuntoutusjakson aikana ja säännölliset kuntoutuspalaverit. Kuntoutuspalaverit toteutetaan ilman kuntoutujaa, joten seuranta toteutuu asiantuntijälähtöisesti. Jokaiselle tehdään jakson päättyessä arkikuntoutussuunnitelma ja sovitaan toteutettavasta seurannasta. Neurologisen ja ortopedisen kuntoutujan hoitoprosessissa mainitaan loppupalaveri kuntoutujan ja jatkohoitotahojen kanssa.

IKKU- hankkeen (Pikkarainen ym. 2013, 293-296) pohjalta luodut gerontologisen kuntoutuksen suositusten pohjalta hoitoprosesseja arvioitaessa voidaan todeta, että tiimien tehtävä ja vastuut ovat selkeästi jaettu. Moniammatilliset tiimit toimivat kiinteästi yhdessä kuntoutujan tukemiseksi. Kuntoutusprosessi pyritään käynnistämään seitsemän vuorokauden sisällä kotiutumisen ja tiimit tekevät yhteistyötä hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Tiedonkulun varmistaminen ja kuntoutuksen jatkuminen viivytyksettä on tavoite. Kuntoutusjakson tavoitteita laadittaessa kuntoutujan omat tarpeet ja tavoitteet ovat kuntoutussuunnitelman lähtökohtana. Ensimmäisellä tapaamisella kartoitetaan kattavasti

kuntoutujan toiveet oman toimintakyvyn suhteen ja mielenkiinnonkohteet. Kuntoutus toteutetaan monialaisena ja yhteistyössä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Kuntoutusjaksoon liittyy kiinteästi toimintakykymittaukset, joihin tavoitteet osaltaan pohjautuvat. Mittarit ovat ennalta sovittu kaikille tehtäväksi, jonkin verran tehdään mittauksia yksilöllisen tarpeen mukaan. Kuntoutusjakso mahdollistaa kuntoutujalle monipuoliset palvelut. Moniammatilliset tiimit kannustavat ja tukevat kuntoutujaa prosessin aikana sekä antavat ohjausta ja neuvontaa. Jakson ajan kuntoutuja osallistuu ryhmätoimintaan ja hyötyy vertaistuesta. Kotikäynneillä ohjataan ja kannustetaan kuntoutujaa toimimaan aktiivisesti kodin ulkopuolella ja konkreettisesti harjoitellaan liikkumista esimerkiksi linja-autolla, mikäli kodin ulkopuolinen aktiviteetti on kuntoutujan oma tavoite. Kuntoutuksen toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Tavoitteita ja keinoja uudelleen arvioidaan jakson aikana.

Vanhustyönkeskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa, jossa tarkasteltiin kuntoutuspolun solmukohtia, todettiin, että asiakaslähtöisen toimintavan heikko toteutuminen ja siihen liittyvä asiakkaan sitoutuminen omiin tavoitteisiin ja kuntoutuksen toteuttamiseen ovat esteitä kuntoutuksen toteutuksessa (Pitkälä ym., 2005, 5). Hoitoon sitoutuminen edellyttää myös asiakkaan omaan motivaatiota. Motivaatioon vaikuttaa minkä arvon asiakas näkee tuloksilla, joita suunnitellun hoidon noudattaminen saa aikaan. Heikko sitoutuminen hoitoon on yleistä. Noin puolet sitoutuu pitkäaikaiseen lääkehoitoon ja kolmannes elämäntapa muutoksiin. (Pitkälä ym. 2005, 7-9; Järviskoski 2014, 23.) World Health Organization (2003, 7) mukaan kehittyneissä maissa pitkäaikaissairauksien hoitoon sitoutuu n. 50% potilaista. Sitoutuneisuudessa on hoitotyöntekijällä ja asiakkaalla yhteinen näkemys hoidosta ja taustalla on hyvä kommunikatio. Luottamus hoitavaan tahoon edistää sitoutumista. (WHO 2003, 4; Johansson ym. 2010, 107.) Hoitoprosessien kuvauksissa moniammatilliset tiimit toivat myös haasteena esiin kuntoutujan motivaation ja sitoutumisen kuntoutuksen tavoitteisiin ja itsenäisten harjoitusten toteuttamiseen. Kuntoutuja ei aina jaa lähettävän tahon näkemystä kuntoutustarpeesta ja tällöin oman totutun arjen muuttaminen aktiivisempaan suuntaan on haaste.

Kuntoutusprosessin haasteet liittyvät oikea-aikaisuuden toteutumattomuuteen, asiakaslähtöisyyden toimimattomuuteen, kokonaisvaltainen geriatrisen arvioinnin toteutumattomuuteen, moniammatillinen tiimityö ei toimi, voimavarat ovat riittämättömät, sairaalassa tehty arviointi antaa väärän kuvan kotona selviytymisestä, vuorovaikutuksen haasteet ikääntyneen, omaisen ja ammattilaisten välillä, kuntoutuksen koordinointi ja vastuunotto takkuaa sekä puutteellinen tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä. (Pitkälä ym. 2010,

446; Pikkarainen ym. 2013, 302-304; Järvikoski 2014, 58-61.) Moniammatilliset tiimit toivat myös esille prosessikuvauksissa haasteet liittyen tiedonkulkuun eri toimijoiden välillä, kuntoutujan motivaatioon, kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen, sitoutuneisuuteen, kun kuntoutuja ei näe kuntoutustarvetta, resurssivajeen vuoksi muodostuva jono, sosiaalityön riittämätön resurssi ja eri ammattilaisilla on eri näkemys kuntoutujan tuen tarpeesta.

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen toimintamalli mahdollistaa ikääntyneiden kuntoutuksen joustavuuden. Kuntoutus voidaan toteuttaa kuntoutuskeskuksella, kotona tai sekä, että. Moniammatillinen kuntoutus helpottaa palveluiden koordinoitua ja kuntoutujan erilaisiin tarpeisiin vastaamista. Kuntoutuskeskuksen fyysinen sijainti sairaalan alueella helpottaa tukipalveluiden (kuvantaminen, laboratorio, puheterapia) saavutettavuutta. Kohteissa tapahtuva kuntoutus mahdollistaa omaisten mukaan ottamisen kuntoutujien toimijuuden vahvistamiseen (Pikkarainen ym. 2016, 190-191).

6.5 Hoitoprosessien arviointi RUUTU-arviointimatriisin avulla

Peruuntuneen kehittämispäivän vuoksi hoitoprosessien arviointi toteutettiin tiimeittäin vastaamalla RUUTU-arviointimatriisin kysymyksiin (liite 7). Arviointiin osallistuivat tiimien fysio- ja toimintaterapeutit, lähi- ja sairaanhoitajat sekä lääkäri. Osastosihteeri ja sosiaalityöntekijä eivät arviointiin osallistuneet.

Moniammatilliset tiimit arvioivat, että toiminnassa tulisi arvioida kirjaamiskäytännöt uudelleen. Koetaan, että päällekkäistä kirjausta on runsaasti, esimerkiksi kuntoutujan jakson päättyessä kirjataan neljä loppuyhteenvettoa (HOI, TOI, FYST, GER) toteutuneesta jaksosta, joissa osittain päällekkäisyyttä. Toiminnan seurannan kannalta on tärkeää tehdyn työn tilastointi, mutta osittain toiminnassa on tuplatilastointia, lähinnä terapeuttien osalta. Sekä toiminta- että fysioterapeutit tekevät sekä perusterveydenhuollon (pth) että erikoissairaanhoidon tilastoinnin (esh). Tämä koetaan turhana, jota voisi yksinkertaistaa. Toimintakyvyn arviointi kuntoutusjaksolla on tärkeässä roolissa, mutta jatkossa voisi olla mielekästä yksilöllisemmin pohtia tehtäviä mittauksia. Viriketoiminnan laajuutta (muistipelit, askartelu) tulisi kriittisesti arvioida. Toiminnan tulee lähteä kuntoutujan tarpeesta (AVH-potilaansilmä-käsikoordinaatioharjoitteena tai hahmotusoireita kuntouttavana, yksinäisille piristeenä) ja tukea tavoitteiden toteutumista. Sen ei tulisi olla automaatio kai-

kille. Toimintakyvyn mittarit ovat tärkeitä arvioitaessa kuntoutujan toimintakyvyn lähtötilannetta ja kuntoutuksella saavutettua muutosta, niiden käyttö tulisi arvioida yksilöllisesti eikä niin, että kaikille tehdään sama paketti.

Suosittelun mukaiseen ravitsemukseen kiinnitetään kuntoutusjakson aikana huomiota. Jokaisen kuntoutujan ravitsemustilaa arvioidaan tekemällä MNA-testi (Mini Nutritional Assessment), jonka perusteella tehdään yksilöllinen ravitsemusohje ja annetaan ravitsemusohjausta sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Kuntoutujat saavat päivän aikana lounaan ja välipalan. Välipalan sisältö, kahvi ja makea kahvileipä, ei vastaa ravitsemussuosituksia ja siihen toivotaan muutosta.

Ikääntyneet kuntoutujat ovat heterogeeninen ryhmä ja heidän haasteensa ovat moninaisia. Kuntoutushenkilökunta kokee psyykkiset ongelmat haastavaksi. Psykiatrisen sairaanhoitajan tarve tulee usein esille ja siihen toivotaan vahvistamista, joko yhteistyön parantamista tai moniammatillisen tiimin vahvistamista psykiatrisella sairaanhoitajalla. Neurologisten kuntoutujien kohdalla korostuvat neuropsykologiset haasteet, jolloin olisi tarve sovittelulle joko konsultaatio mahdollisuudelle tai moniammatillisen tiimin vahvistaminen neuropsykologisella osaajalla. Sosiaalityön resurssi nähdään vähäisenä ja sitä pitäisi vahvistaa. Sosiaalityöntekijän rooli tulisi olla selvästi aktiivinen ja oma-aloitteinen potilaan taloudellisten haasteiden/etuksien/sosiaalisten ongelmien hoitamisessa, eikä toteutua ainoastaan konsultaatiota pyydettyä.

Kuntoutuskeskuksen tavoitteena on toimia liukumäkenä kuntoutujan kotiutuessa sairaalajakson jälkeen. Käytännössä tämä ei ole aina mahdollista, jonoa muodostuu, jolloin liukumäki ei toteudu. Liukumäkitoiminnan vahvistaminen nähdään tärkeänä. Tiedonkulun parantaminen ammattiryhmien välillä nousseen arvioinnissa esille. Päivät ovat kiireisiä, jolloin tiedonkulussa saattaa olla viivettä. Moniammatillisten tiimien yhteiset toimitilat ovat tiedonkulkua parantaneet, mutta aukotonta se ei ole. Yhteistyön parantaminen eri tiimien ja ammattiryhmien välillä nähtiin myös tärkeäksi. Esimerkkeinä oli toisten työajan kunnioittaminen, aikatauluissa pysyminen, jolloin suunnitelmat on tehty tiimin sisällä, ei kaikkien työaikaa käyttäen. Tehtävien uudelleen järjestely toiminnan, tilojen ja kuntoutujien määrän mukaisesti, joustoa vaaditaan jokaiselta ammattiryhmältä. Kuntoutuskeskuksella on aistihuone käytössä, jonka käytön tulisi jatkossa olla säännöllistä ja suunniteltua. Se voisi olla yksi keinoista saavuttaa tavoitteet.

Kuntoutusjaksot ovat pääsääntöisesti 1kk-3kk pituisia. Jakson pituus arvioidaan yksilöllisesti ja siitä keskustellaan moniammatillisesti kuntoutuspalaverissa. Kuukauden jakso

saattaa sisältää ainoastaan kuusi käyntiä kuntoutuskeskuksella, kotikäynnin ja lopuksi kuntoutuja ohjataan jatkoon jollekin toiselle taholle. Kuntoutusjakson tulisi olla riittävän pitkä, jotta fyysinen toimintakyky oikeasti ehtii korjaantua ja kunto kohentua (vrt. tasapainokoulu 15krt). Kuntoutusjakson päättyessä päättymisen syy tulisi olla selvä, onko tavoite saavutettu ja mikäli näin ei ole, mistä se johtuu. Mikäli päätyminen johtuu motivaatio-ongelmista, pitäisi kuntoutujan kanssa olla jakson alussa käyty läpi mitä jaksolla motivaatiolta vaaditaan, mielellään kirjallisesti. Kuntoutuskeskuksella toteutuvat päivät ovat melko pitkiä ikääntyneille. Voitaisiinko päiviä jotenkin tiivistää/porrastaa? Kuntoutusjakso ei voi olla pelkkää ohjausta. Mikäli jaksolla toteutuu ainoastaan muutama ohjauksen käynti tai keskuspäivä, sitä ei pitäisi merkata kuntoutukseksi vaan ohjaukseksi/arvioinniksi.

Tulevaisuudessa nähtiin tärkeänä teknologian hyödyntäminen kotikuntoutuksessa. Tämän avulla voitaisiin resurssia hyödyntää paremmin, esimerkiksi matkoihin kuluva aika voitaisiin hyödyntää kuntoutukseen. Ryhmämuotoisen ohjauksen/neuvonnan lisääminen keskuspäivän aikana nähdään tärkeänä. Ryhmämuotoinen toiminta vahvistaa vertaistukea ikääntyneiden kesken. Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa ravitsemusohjausta on annettu ryhmässä jo pitkään. Ryhmissä toteutettavaa ohjausta voisi lisätä eri aihepiireistä, kuten esimerkiksi unen merkityksestä hyvinvoinnille ja miten sitä voisi parantaa. Kuntoutuskeskuksen toiminnasta tiedottaminen säännöllisesti nähdään tärkeänä. Henkilökunta vaihtuu organisaatiossa, miten varmistaa, että kaikilla on tieto Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen toiminnasta. Avointen ovien päivä ammattilaisille voisi parantaa tunnettavuutta. Valokuvien hyödyntäminen, esimerkiksi arkikuntoutussuunnitelmaan liitettynä, tuotiin esille. Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin järjestäminen myös kuntoutujille, joiden kuntoutus toteutuu kotikäynteinä, olisi jatkossa kehitettävä. Tällä hetkellä geriatrin vastaanotto on järjestynyt pääsääntöisesti kuntoutuskeskuksella kävijöille. Kuntoutusjakson päättymisen jälkeen monet hyötyvät vielä ryhmämuotoisesta harjoittelusta, vaikka tarve moniammatilliselle kuntoutukselle on päätynyt. Tämä aiheuttaa palvelujen ketjutusta, tehdään läheteä uuden palvelun piiriin. Voisiko mahdollisesti olla ”suora linja” tai jopa itse toteutettu Voitas/Tasapainokoulu- tyyppinen jatko potilaille, jotka ovat valmiit moniammatillisesta kuntoutuksesta ja jatkaisivat vielä fyysistä ryhmäkuntoutusta. Yhteistyön vahvistaminen kolmannen sektorin kanssa, jotta saataisiin heidät mukaan kuntoutujan arkeen jakson aikana ja jatkamaan jakson jälkeen.

Moniammatilliset tiimit arvioivat kuntoutujien saaneen elämäniloa ja uutta sisältöä arkeen. Intensiivistä, kokonaisvaltaista ja monialaista kuntoutusta, joka arkeen vietynä

kantaa. Ikääntyneet ovat tulleet kuulluksi ja kohdelluksi tasavertaisina ihmisinä, ei potilaina. Toiminnalla on mahdollisesti ollut vaikutus myös sairaalajaksojen uusiutumiseen tai siirtymiseen.

Toiminnasta hyötyvät kuntoutujat, joilla toimintakyky laskenut nopeasti ja joilla halu ja motivaatio kuntoutua. He jatkavat aktiivista arkea arkikuntoutussuunnitelman mukaan. Usein he ovat olleet aktiivisia jo aiemmin, ennen sairastumistaan. Jakso voimaannuttaa ja piristää henkisesti. Motivaation merkitys on suuri, jakson aikana pitäisi kyetä itsenäisesti myös harjoittelemaan ja viemään ohjaus omaan arkeen. Pitkälle edennyt muistisairaus usein estää itsenäisen harjoittelun ja ohjeiden hyödyntämisen arjessa, jolloin kuntoutusjaksolla ei olisi pidempiaikaista hyötyä. Sama näyttäytyy kuntoutujilla, joita on pitkälti kannateltu koko jakson, joiden oma motivaatio puuttuu, kuntoutuja ei näe omaa kuntoutustarvettaan.

Moniammatilliset tiimit nostivat toiminnassa vahvistettaviksi/kehitettäviksi kohteiksi Ruutu-arvioinnin avulla osittain samoja asioita mitä tuotiin prosessikuvauksissa esille. Kehittämiskohteiksi arvioinnissa valikoituivat kohteet, joihin henkilökunta pystyy itse vaikuttamaan, kuten esimerkiksi erilaisten ryhmien aloittaminen, ravitsemuksen kehittäminen, arkikuntoutussuunnitelmaan liittyvien käytäntöjen yhtenäistämien ja kuntoutuspalaverien käyminen yhdessä kuntoutujan kanssa. Sitoutuminen kuntoutuksen tavoitteisiin ja harjoitteluun nostettiin esiin haasteina hoitoprosessien kuvauksessa. Sitoutumisen edistämisen kehittäminen lisäämällä moniammatillisen tiimin ja kuntoutujan välisiä keskusteluja jakson aikana nähdään mahdollisuutena. Arvioinnissa tuotiin esille asioita, joihin toivottaisiin muutosta, kuten kirjaaminen ja tilastointi, mutta niihin muutoksen saaminen ei ole mahdollista yksikön sisällä toteutettavaksi, vaan vaatii laajempaa keskustelua. Resurssien lisääminen (sosiaalityö, psykiatrinen hoitotyö ja neuropsykologia) ei myöskään ole kuntoutushenkilökunnan käsissä. Kehittämiskohteiksi ei myöskään nostettu, vaikka niiden vahvistamista toivottiin, yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa, etäkuntoutusta tai kuntoutuskeskuksen keskuapäivien sisällön kehittämistä asiakaslähtöisemmäksi, kuten päivän pituus ja viriketoiminnan suuntaaminen asiakkaan tarpeista.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN IMPLEMENTOINTI

Koronaviruksen aiheuttaman poikkeustilanteen vuoksi kehittämisprojektissa jouduttiin luopumaan yhteisestä kehittämispäivästä, jolloin kuvattuja prosesseja olisi arvioitu RUUTU-arviointimatriisin avulla. Yhteinen keskustelu on jaetun ymmärryksen kannalta tärkeää ja mahdollistaa kehittämisen.

Syksyllä 2020, järjestetään kehittämispäivä, jossa käydään läpi kuvatut prosessit, toteutetut RUUTU-arvioinnit ja ehdotetut kehittämiskohteet. Työskentelyn pohjana ovat Turun kaupungin palvelulupaus, yksikön toiminnasta vuonna 2019 kerätyt asiakaspalautteet sekä ikääntyneen kuntoutujan erityispiirteet, jotka tulee huomioida toimintaa kehitettäessä. Prosessien tarkastelussa hyödynnetään aitoa kuntoutusjaksoa, jossa voidaan arvioida, miten prosessi toteutui ja miten annettu materiaali tukee kuntoutusjakson tavoitteiden saavuttamista yksittäisen kuntoutujan kohdalla. RUUTU-arviointien pohjalta tehdään yhdessä päätös, miten toimintaa halutaan kehittää ja sovitaan mitkä ehdotetuista kehittämiskohteista nähdään toiminnan kehittämisen kannalta oleellisina ja sovitaan kehittämistyön etenemisestä.

Hoitoprosessien kuvaukset on viety sisäiseen dokumenttikirjastoon, jossa ne ovat kaikkien käytettävissä ja hyödynnettävissä esimerkiksi perehdytyksen toteutuksessa. Sähköisenä niiden muokkaaminen toiminnan kehittyessä on helppoa. SHQS-laaturjärjestelmän käyttöönoton edetessä voidaan tehtyä prosessikuvauksia hyödyntää.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Ennen projektin aloittamisesta laadittiin opinnäytetyösopimus toimeksiantajan, Turun ammattikorkeakoulun ja opiskelijan kesken. Tässä sopimuksessa hyväksytään Turun ammattikorkeakoulun laatimat ohjeistukset opinnäytetyön tekoon koskien oikeuksia, ohjausta ja vastuuta sekä tulosten julkistamista ja luottamuksellisuutta. Kehittämiprojektista tehtiin toimeksiantosopimus. Tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaatiolta. Henkilöstön osallistamisesta tehtiin tietosuojaseloste (liite1).

Tässä projektissa noudatettiin Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä ohjeita (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2018; Kajaanin ammattikorkeakoulu 2019). Kehittämiskohteen valinta on itsessään eettinen kysymys. Miksi juuri tämä aihe, kenen tarpeesta ja kenen ehdoilla projekti toteutetaan. Kehittämiskohde valikoitui toimeksiantajan ehdotuksen pohjalta. Kehittämiprojektin teoreettista viitekehystä laadittaessa käytettiin tuoreita, luotettavia lähteitä eikä plagiointia ole tapahtunut. Lähdeviitteet merkittiin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Projektiin osallistuneiden osallisuutta ei vähätelty. Projektiin osallistuminen oli vapaaehtoista. pohjalta arvioidaan projektin luotettavuutta. Tulokset on esitetty huolellisesti, tarkasti ja mitään muuttamatta. Kehittämiprojektin projektipäällikkö on kohdeorganisaatioon työsuhteessa. Tämä ei vaikuttanut projektin toteutukseen, arviointiin tai raportointiin. Projektipäällikkö tiedotti projektin etenemisestä avoimesti ja rehellisesti. Moniammatilliset tiimit saivat työpajoissa yhteneväiset ohjeet, mutta itse tuotosten sisältöön projektipäällikkö ei pyrkinyt vaikuttamaan. Raportoinnissa kuvattiin rehellisesti työpajoissa saadut tulokset sekä projektin toteutumiseen liittyvät haasteet, kuten työpajoihin käytetyn ajan kasvaminen suunnitellusta, kehittämispäivän peruuntuminen ja asiakaskaspalautteiden höydyntämättömyys.

Kehittämiprojektin kustannukset aiheutuivat työpajoissa prosessien kuvaamiseen käytetystä työajasta. Projektiin ei liittynyt ulkopuolista rahoitusta.

8.2 Toteutuksen arviointi

Kehittämiprojektin suunnitelmassa arvioitiin projektiin liittyviä riskejä SWOT-nelikenttä-analyysiin avulla. Tuolloin todettiin ajankäytön hallinnan olevan kehittämiprojektin suurin riski. Projektiryhmän motivointi oli toinen haaste. Mikäli työyhteisö ei olisi motivoitunut työpaja työskentelyyn ja innostunut prosessin kuvauksesta, ei projektilla olisi ollut mahdollisuutta onnistua. Myös projektipäällikön kokemattomuus projektin alussa ja oman tilan ottamisen haaste huomioitiin heikkoutena. Mahdollisuutena nähtiin toimintayksikön kehitysmuotoisuus ja johdon tuki. Riskeistä toteutuivat ajanhallinta, työpajat veivät suunniteltua enemmän aikaa ja projektipäällikön oman tilan ottaminen, projektipäällikkö olisi voinut hyödyntää enemmän mentoria ja ohjausryhmää. Vahvuutena oli, kuten suunnitelma vaiheessa ennakoitiin työryhmien innostuneisuus osallistua toiminnan kuvaamiseen ja kehittämiskohteiden arviointiin sekä työpajojen moniammatillisuus.

Toteutuksen alussa, ensimmäisessä työpajassa, kävi selväksi, että suunniteltu aikataulu ei tule toteutumaan. Service blueprint –mallin käyttö vie huomattavasti enemmän aikaa kuin alun perin oli ajateltu, vaikka kyseessä oli olemassa oleva toiminta. Neurologisen ja ortopedisen hoitoprosessin kuvaaminen aloitettiin ohjeen mukaan eli ensin kuvattiin asiakkaan toiminta, sen jälkeen kuvattiin asiakkaalle näkyvä toiminta, laitettiin fyysiset tilat ja palvelutodisteet. Sen jälkeen, geriatrisen hoitoprosessin työpajan kokemuksen pohjalta, kuvattiin asiakkaalle näkymätön toiminta, tukiprosessit ja haasteet samanaikaisesti. Tämä vaikutti hyvältä tavalta, käydä läpi yhden toiminnon kaikki puolet samanaikaisesti.

Osittain työpajoissa koettiin hankalaksi kuvata prosessia. Työhön kuuluu paljon sellaista mikä ei vaikuta kuntoutujan prosessiin suoraan, mutta vie työaikaa. Työaikaa myös kuluu runsaasti esimerkiksi opiskelijoiden ohjaukseen, koulutuksiin, kokouksiin, osalla ammatiryhmistä on vastuullaan esimerkiksi työvuorosunnittelua tai toimii konsultointiapuna koko osastoryhmässä haavahoitojen osalta.

Ohjausryhmässä käytiin keskustelua arvolupauksen kirjaamisesta. Hyvinvointitoimialalla on tehty yhteinen osallisuuden palvelulupaus, jota hyödynnetään hoitoprosesseja arvioidessa. Sovittiin myös asiakaspalautteista saatavan tiedon ohjaavan arviointia. Työpajatyöskentely nähtiin toimivana. Usein kuitenkin tarvitaan ajatusten selkiytymiseksi aikaa miettiä, joten sovittiin järjestettävän täydentävät työpajat, jolloin on vielä mahdollisuus palata kuvattuihin prosesseihin ja tehdä mahdollisesti lisäyksiä tai korjauksia.

Tavoitteessa huomioitiin ohjausryhmän esille nostama prosessin sujuvoittamisen ja laadun parantamisen tavoitteet. Lyhyesti keskusteltiin kehittämismenetelmistä. Prosessien kuvaus nähtiin tärkeänä ja varsinkin, jos toimintaa tulevaisuudessa laajennetaan, on prosessi hyvä olla tarkasti kuvattuna. Tilaisuudessa esitettiin toive toiminnan kehittämisestä, mihin todettiin, että Ruutu-arviointimatriisin käytöllä pitäisi kehittämiskohteet nousta esille ja ne olisivat projektin jälkeen jatkokehittettäviä kohteita. Ruutu-arviointi matriisin arveltiin palvelevan kehittämiskohteiden tunnistamista. Osa henkilöstöstä liittyi jokaisen tiimin toimintaa; osastosihteerit, sosiaalityöntekijät, geriatri ja osastonhoitaja. Todettiin, ettei ole realistista osallistua jokaisen tiimin työpajaan, mutta mahdollisuus on kommentoida kunkin tiimin prosesseja ja siten osallistua jokaisen tiimin hoitoprosessin kuvaukseen.

Työpajatyöskentely koettiin mielekkäänä ja tiimit olivat innostuneita. Työpajoissa keskusteltiin vilkkaasti. Toisaalta kolmen tunnin työpaja oli raskas, loppuvaiheessa keskittyminen alkoi herpaantua. Työpajoihin ei kaikilla ollut mahdollisuutta osallistua, mutta sekä lääkäriillä että osastosihteerillä oli mahdollisuus kommentoida valmiita prosesseja, jolloin voitiin vielä tehdä lisäyksiä ja tarvittaessa korjauksia. Sosiaalityöntekijän pienestä resursista johtuen, hänellä ei ollut mahdollisuutta sosiaalityön osuutta kommentoida. Työpajoihin alustavasti suunnitellun aikataulun pettämisen vuoksi suunniteltu RUUTU-arviointimatriisin tekeminen yhdessä jouduttiin siirtämään ja sitten koronaviruksen aiheuttaman poikkeustilan vuoksi kokonaan perumaan.

Asiakaslähtöisyyden toteutumista oli tarkoitus arvioida kehittämispäivänä tutustumalla yhdessä tiimien kanssa koottuihin asiakaspalautteisiin vuodelta 2019. Palautteet olisivat toimineet RUUTU-arvioinnin pohjana. Asiakaspalautteiden käyttö olisi vaatinut yhdessä niihin tutustumista ja kun kehittämispäivää ei projektin puitteissa kyetty koronaviruksen vuoksi järjestämään, myös asiakaspalautteita ei kyetty hyödyntämään suunnitellusti RUUTU-arvioinnin pohjana.

Moniammatillisten tiimien kanssa käydyissä palautekeskusteluissa todettiin, että suunnitelman aikataulu ei toteutunut. Hoitoprosessien kuvaus vei huomattavasti suunniteltua enemmän aikaa. Exell-aulukon yksityiskohtaisuus teki siitä todella laajan ja taulukon käyttö koettiin osittain haasteelliseksi, taulukko näkyi vain osittain sitä työstettäessä. Keskittyminen hoitoprosessin kannalta merkittäviin toimintoihin kuvauksessa olisi tehnyt taulukosta selkeämmän ja helpommin luettavan. Toisaalta nähtiin, että yksityiskohtaisuus tukee uusien työntekijöiden perehdytyksessä, toiminnan mahdollisesti laajentuessa

ja toimintaa kehitettäessä. Kuvauksissa tulee esille toiminnan monipuolisuus ja moniammatillisuus. Itse työskentely tiimeissä koettiin hyvänä, yhteistä keskustelua koko prosessista ei ole aiemmin käyty pienessä ryhmässä. Koettiin mukavana, kun oli oikeasti aikaa rauhalliseen yhteiseen keskusteluun.

Kehittämiprojektin toimintaorganisaation ja projektiryhmään osallistuvat olivat projektipäälliköille tuttuja, mikä helpotti projektissa työskentelyä. Projektipäällikkö vastasi projektin aikataulutuksesta ja etenemisestä. Projektipäälliköille projektin läpivieminen oli mielenkiintoinen ja opettavainen kokemus. Mikäli projektin tekisi uudelleen, asioita tekisi toisin.

8.3 Kehittämiprojektin merkitykset

Kehittämiprojekti oli merkityksellistä kuntoutujille, organisaatiolle, työntekijöille ja projektipäällikkönä toimineelle YAMK-opiskelijalle.

Organisaation kannalta on oleellista tunnistaa asiakkaansa, heidän tarpeensa ja hoitopolut, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja hoidon, laadukkaasti ja vaikuttavasti (Yli-Junnilla ym. 2018, 52). Prosessien kuvaus selkeyttää toimintaa, mahdollistaa prosessien arvioinnin tiimien sisällä ja niiden välillä sekä oppimisen eri tiimien toimintamalleista. Työntekijöille kuvaus selkeyttää toimintaa ja helpottaa uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Selkeä tehtäväkuva ja yhteinen, jaettu ymmärrys toiminnan sisällöstä parantaa kokemusta työnhallinnasta ja siten lisää työhyvinvointia. Toimijoiden yhteinen näkemys toiminnasta näkyy myös kuntoutujille tasalaatuisempana palveluna. Toiminnan yksityiskohtainen kuvaus antaa mahdollisuuden kehittää toimintaa, havaita kuntoutujalle arvoa tuottamattomat elementit ja luopua toiminnoista, jotka eivät edistä ikääntyneen kuntoutumista.

Tietoon perustuvalla johtamisella tavoitellaan toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta (Turku 2018). Prosessien kehittämisen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvaukset toimivat prosessien johtamisen, hallinnan ja kehittämisen välineinä. Prosessikuvauksia voidaan hyödyntää työvälineenä uuden työntekijän perehdytyksessä ja kouluttamisessa. Prosessikuvauksia hyödynnetään palveluiden kehittämisessä, tulosten mittaamisessa, tietoturvariskien kartoittamisessa ja arvioitaessa laatua. (JUHTA 2012, 1-3.) Hoitoprossien kuvaus on linjassa Julkisen hallinnon

tietohallinnon neuvottelukunnan suositusten kanssa prosessien kuvaamisesta. Sairaalan kehittämisprojektin kannalta ja erityisesti kuntoutuksen kehittämisen ja kuntoutustoiminnan laajentamisen kannalta nykytilan kuvaus on tärkeää ja sitä voidaan hyödyntää toimintaa suunniteltaessa.

Kehittämisprojekti oli osa YAMK-opiskelijan opintoja. Projektin merkitys liittyy oman osaamisen kehittämiseen. Tiedonhaun ja projektityöskentelyn osaaminen vahvistui ja näkemys miten omaa osaamista tulisi jatkossa kehittää.

9 JATKOKEHITYSEHDOTUKSET

Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen hoitoprosessien kuvaukset ja RUUTU-arviointimatriisin avulla henkilökuntaa osallistaen tuotetut toiminnan kehittämiskohteet.

Kehittämiprojektissa ei ollut mahdollisuutta osallistaa kuntoutujia, mutta jatkossa olisi tärkeää saada kuntoutujan ääni kuuluviin prosessissa, siten toteutuisi aidosti myös asiakaslähtöisyys.

Kehittämiprojektin tavoitteena pitkällä tähtäimellä oli parantaa työhyvinvointia ja kokemusta työnhallinnan parantumisesta. Tämän projektin puitteissa sen todentaminen ei ollut mahdollista, mutta voisi olla jatkossa tutkittava asia.

Prosessien kuvaus tekee henkilökunnan työn näkyväksi ja on avuksi perehdytyksessä. Prosessiin on kuitenkin vaikea kirjata kaikkea, joten ohjausryhmässä tuotiin esille linkkien käytön mahdollisuus. Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa on valmiina useita ohjeita. Esimerkiksi tilastointiin tai kuntoutussuunnitelman tekoon liittyviä ohjeita sähköisenä, jotka olisivat liitettävissä prosessikuvaukseen.

Kuntouksessa tulisi Pikkaraisen ym. (2016, 179-183) mukaan käyttää aikaa primaarisen vanhenemisen käsittelyyn, jolloin ohjaus ja neuvonta on syvällisemmin hyödynnettävissä. Oman vanhenemisen käsittely edistää oman tilanteen hyväksymistä ja parempaa elämän hallintaa. Kuntoutuskeskuksessa on pieni muotoisesti järjestetty psykososiaalisia ryhmiä, mutta olisiko jatkossa mahdollista tarjota kaikille mahdollisuutta käsitellä vanhenemiseen liittyviä ajatuksia, tuntemuksia?

Ikääntyneiden osallisuus omien palveluiden suunnitteluun ja arviointiin sekä mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on turvattava, vaikka toimintakyky olisikin heikentynyt (STM 2017; ETENE 2008, 4; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812). Kuntoutujan osallisuutta voisi prosessissa jatkossa vahvistaa esimerkiksi ottamalla kuntoutuja mukaan kuntoutuspalaveriin, joissa kuntoutuksen etenemistä käsitellään moniammatillisesti. Tällä voisi olla positiivinen vaikutus motivaatioon, sitoutuneisuuteen ja sitä kautta kuntoutuksessa saavutettujen hyötyjen kantavuuteen kuntoutujan tulevaisuudessa.

Ikääntyneet ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, joten yksilöllinen arviointi ja tavoitteen asetteluun merkitys korostuu. Ikääntyneen sitoutumista kuntoutukseen voidaan edistää kuntoutuksen viemisellä ikääntyneen arkeen ja ottamalla sekä kuntoutuja että läheiset aktiivisesti mukaan tavoitteen asetteluun, kuntoutussuunnitelman laadintaan ja sen arviointiin. Myös erilaisia palveluita tarvitaan, kotikuntoutusta, arkikuntoutusta ja laitospäivä kuntoutusta. Toisaalta näyttö kotikuntoutuksen hyödyistä jäi matalaksi ja toisaalta ristiriitaiseksi. Teknologialla mahdollistetaan myös kuntoutuksen kehittyminen. (Pikkarainen ym. 2016, 190-191.) Koronaviruksen aikana Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa on hyödynnetty pienissä määrin etäkuntoutusta. Sen hyödyntäminen jatkossa vaatii kehittämistä.

Ikääntynyt kuntoutuja tarvitsee aikaa löytääkseen omat kuntoutustarpeet, -toiveet ja -tavoitteet. Ikääntyneen kuntoutusprosessi on usein myös hyvin rikkonainen, johtuen äkillisistä toimintakyvyn ja terveydentilan muutoksista. Pitkät toipuminen ja sopeutuminen muutoksiin pidentää myös kuntoutuksen kestoa. Ikääntyneen kuntoutus edellyttää kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan välisen toiminnan ja vuorovaikutuksen saman tahtisuutta. Kuntoutuksessa tulee huomioida elämän ja arjen luontainen hidastuminen. (Pikkarainen 2016, 179-183.) Miten huomioidaan ikääntyneen elämän ja arjen hidastuminen kuntoutusjaksoilla? Omien tavoitteiden asettaminen saattaa olla vaikeaa. Kuntoutusjakso on kuitenkin ajallisesti rajallinen ja usein rikkonainen johtuen terveydentilan muutoksista jakson aikana. Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen kuntoutajat ovat heterogeeninen ryhmä. Oleellista on mitä ja kenelle, kaikille ei voi olla sama.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 18.11.2019. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%c3%a4ytet%c3%b6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Chiung-Ju, L., Wen-Pin, C. & Chang, M.C., 2018. Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, **72**(4), pp. 1-11. Viitattu 19.4.19. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b9cf0c70-a8f4-469e-a362-cac9fc96c892%40sdc-v-sessmgr02>

Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 11;10:CD010825. Viitattu 21.4.19. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010825.pub2/epdf/full>

Deokju, K.I.M., 2017. The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. *Journal of Physical Therapy Science*, **29**(4), pp. 744-747. Viitattu 19.4.19. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=eeafdbcd-7218-4e07-b90d-4e5a1cdba60e%40sdc-v-sessmgr06>

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti (ETENE) raportti. ETENE -julkaisuja 20. Kirjapaino Keili Oy. Vantaa 2008. Viitattu 14.3.19. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf.pdf>

Hjelle, K.M., Tuntland, H., Forland, O. and Alvsvåg, H., 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*, **25**(5), pp. 1581-1589. Viitattu 22.4.19. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=ef5994cc-32fa-4a3a-8ceb-efc33d527096%40sessionmgr103>

Johansson, G., Eklund, K. and Gosman-Hedström, G., 2010. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, **17**(2), pp. 101-116. Viitattu 20.4.19

JUHTA, 2012. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. JHS 152 -Prosessien kuvaus, Viitattu 10.4.20. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Järvikoski, A.2014.Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2013:43. Viitattu 14.4.19. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_97-952-00-3457-3.pdf

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Viitattu 18.11.2019. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>

Kantanen, M. & Pikkarainen, A. 2013. Tavoitteellinen gerontologinen kuntoutus. Toim. A. Pikkarainen, M. Vaara & U. Salmelainen. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print. Tampere 2013.

- Kansaneläkelaitos 2009. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen kehittämishankkeen (IKKU) kuntoutusmalliy ja toteutus vuosina 2009-2012. Hankesuunnitelma. Viitattu 16.6.20. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42029/S1.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Koivisto, J, Liukko, E. & Tiirinki, H. 2019. Sote-palvelujen integraatio. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>
- Koivisto, J., Pohjola, P., Lyytikäinen, M., Liukko, E. & Luoto, E. 2016. Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Työpäpaperi 32/2016. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.1.20. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131490/URN_ISBN_978-952-302-769-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Duodecim. Helsinki 2008.
- Kuikka, A., Utriainen, J & Virkkunen, A. 2012. Onnistunut projekti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton projektikäsikirja. Valli ry. Viitattu 12.11.2019. https://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut_pdf/Oppaat_pdf/OnnistunutProjekti_netti.pdf
- Kymäläinen, H-R., Lakkala, M., Carver, E. & Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Tieteestä toimintaa -verkoston julkaisu. Helsingin yliopisto. Viitattu 14.11.2019. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas_projektity%C3%B6skentelyyn_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Labquality, 2020. SHQS -tie jatkuvaan parantamiseen. Viitattu 16.6.2020. <https://www.labquality.fi/auditointi-ja-sertifiointi/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-parantamiseen/>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Viitattu 14.3.19. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812>
- Lewin, G. F., Alfonso, H. S., & Alan, J. J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical interventions in aging*, 8, 1273–1281. doi:10.2147/CIA.S49164. Viitattu 21.4.19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794867/>
- Lönnsroos, E. 2008. Geriatriinen kuntoutus. Geriatria arvioinnoista kuntoutukseen. Toim. S. Hartikainen & E. Lönnsroos. Edita. Helsinki 2008.
- McKelvie, S., Hall, A-M., Richmond, H.R, Finnegan, S. & Lasserson, D. 2018. Improving the rehabilitation of older people after emergency hospital admission. *Maturitas* vol. 111, 20-30. Viitattu 7.4.19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512217311222>
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011. Viitattu 3.4.19. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf?sequence=148&isAllowed=y>
- Pikkarainen, A., Luoma, L-M., Röberg, M., Salmelainen, U., Vaara, M., Ylimaa, T., Suomela-Markkanen, T. & Tiilikallio, P. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen lähtökohdat ja hankkeen valmisteluvaiheen kuvaus. Toim. A. Pikkarainen, M. Vaara & U. Salmelainen. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print. Tampere 2013.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. Tal-
linna 2016.

Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntou-
tuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto – Centralför-
bundet för de gamlas väl ry. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi 2005.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatrinen kuntoutus. Julkaisussa Geriatria, 438-
467. Toimittanut Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Kustannus Oy
Duodecim. Porvoo 2010.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opis-
kelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku:
Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.11.2019. [http://julkaisut.tur-
kuamk.fi/isbn9789522163738.pdf](http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf)

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen me-
netelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja
108. Turun ammattikorkeakoulu.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Helsinki:
Stakes. Viitattu 14.11.2019. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraport-
teja4_04.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraport-
teja4_04.pdf)

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 12.11.2019.
http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Sosiaali- terveystieteiden tutkimuskeskus. Itsearviointiopas. Viitattu 18.11.2019.
[https://www.stea.fi/documents/2184241/2492102/itsearviointiopas/9c90fac1-47a8-4bdc-a35f-
9b22d9020080/](https://www.stea.fi/documents/2184241/2492102/itsearviointiopas/9c90fac1-47a8-4bdc-a35f-
9b22d9020080/)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelu-
jen parantamiseksi 2017-2019. Viitattu 14.3.19. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/han-
dle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/han-
dle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf)

Stott, D. & Quinn, T. 2017. Principles of rehabilitation of older adults. Medicine, Volume 45, Issue
1, 2017, 1-4. Viitattu 16.3.19. [https://ac-els-cdn-com.ezproxy.tur-
kuamk.fi/S135730391200254X/1-s2.0-S135730391200254X-main.pdf?_tid=df6e40b5-0d77-
45df-a337-15095123af1e&acdnat=1552837192_55f4cf32ce9472bcb1e852d57f50135d](https://ac-els-cdn-com.ezproxy.tur-
kuamk.fi/S135730391200254X/1-s2.0-S135730391200254X-main.pdf?_tid=df6e40b5-0d77-
45df-a337-15095123af1e&acdnat=1552837192_55f4cf32ce9472bcb1e852d57f50135d)

Tollen, A., Fredriksson, C. and Kamwendo, K., 2007. Elderly persons' expectations of day-care
rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(3), pp. 173-182. Viitattu
20.4.19. [http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.tur-
kuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=cfa1962c-2931-445c-b841-
8da7e6685a55%40sessionmgr4009](http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.tur-
kuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=cfa1962c-2931-445c-b841-
8da7e6685a55%40sessionmgr4009)

Turku 2018. Turun kaupunkistrategia 2018. Turku 2029 – pohjoisen Itämeren kiinnostavin kau-
punki. Viitattu 13.11.2019. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/kaupunkistrategia_2018.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 7.11.2019.
<https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. E-kirja. Helsinki: Talentum.

World Health Organization 2003. Sitoutuminen pitkäaikaisiin hoitoihin, näyttöä toiminnan tueksi.
Lääketietokeskus. Viitattu 19.3.19. [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/ad-
herence_report_fin.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/ad-
herence_report_fin.pdf)

Yli-Junnila, S., Ristimäki, H., Salakoski, M. & Siirala, M. 2018. Tiedon merkitys ja hallinta asiakasprosesseissa. Asiakkuus Sotessa – ikääntyneen asiakkaan näkökulma. Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A81, 50-63. Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere 2018.

Äijö, M., Tikkanen, P. & Lönnroos, E. 2018. Iäkkäiden kuntoutus ei toteudu. Lääkärilehti 34/2018 vsk 73 s. 1800 - 1801 Viitattu 19.4.19. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/ajassa/nakokulmat/iakkaiden-kuntoutus-ei-toteudu/>

Tietosuojailmoitus

TIETOSUOJAILMOITUS

Eu:n yleinen tietosuoja-asetus, artikkelit 13 ja 14

3.1.2020

Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen hoitoprosessien kuvaus

Henkilötietojen käsittely kehittämisprojektiin kuuluvissa työpajoissa ja asiakaspalautteiden ajalta 2019 tarkastelussa.

Rekisterinpitäjä	Turun ammattikorkeakoulu Oy Joukahaisenkatu 3 20520 Turku Puhelinvaihe (02) 263 350 kirjaamo@turkuamk.fi
Vastuhenkilö ja yhteystiedot	Petra, Soini, sh, YAMK-opiskelija Raija Nurminen, Yliopettaja, TtT, Principal Lecturer, PhD
Tietosuojavastaavan yhteystiedot	Timo Vaskikari, tietosuojavastaava (Turun AMK), 050 598 5868 Lähetä kaikki tietosuojaan liittyvät yhteydenotot osoitteeseen: tietosuoja@turkuamk.fi Tietosuoja-sähköpostiosoitteeseen lähetettyjä viestejä käsittelee tietosuojavastaava ja hänen työparinaan sekä varahenkilönään toimiva tietosuoja-asiantuntija.
Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus	Kehittämisprojektissa henkilötietoja (sähköpostiosoitteita, ammattinimikkeitä, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimiä) ei kerätä, mutta kutsut projektin työpajoihin lähetetään sähköpostitse. Projektiin kutsutut asiantuntijat osallistetaan työpajoissa käyttämällä Service blueprinting-mallia hoitoprosessien kuvaamiseen ja arviomalla Ruutu-arviointimatriisin avulla toteutuneita hoitoprosessien kuvauksia. Analysoitavat asiakaspalautteet on kerätty anonymisti, mutta osa palautteenantajista on halunnut antaa palautteen nimellään.

TIIETOSUOJAILMOITUS

Eu:n yleinen tietosuoja-asetus, artikkelit 13 ja 14

3.1.2020

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste	Henkilötietoja (sähköpostiosoitteita, ammattinimikkeitä, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimiä) ei kerätä. Oikeusperuste on rekisteröidyn suostumus.
Rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeudet edut	
Käsittävät henkilötietoryhmät ja henkilötietojen säilytysajat	Käsittettäviä tietoja ovat kehittämistoimintaan osallistuvien sähköpostiosoitteet, ammattinimikkeet ja asiakaspalautteisiin vastanneiden nimet. Asiakaspalautteisiin vastanneiden nimiä ei tulla projektissa käyttämään, vaikka osa heistä on sen ilmoittanut. Henkilötietoja (sähköpostiosoitteita, ammattinimikkeitä, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimiä) ei säilytetä.
Säännönmukaiset tietolähteet	Kehittämiprojektiin osallistettavien tiedot ovat projektipäällikön tiedossa. Tiedot säilytetään vain projektipäällikön tiedossa olevan salasanan takana olevassa tietokannassa. Projektipäällikkö työskentelee kehittämistoiminnan kohteena olevassa yksikössä esimiestehtävässä, osastonhoitajana.
Henkilötietojen vastaanottajat tai vastaanottajaryhmät	Henkilötietojen (sähköpostiosoitteiden, ammattinimikkeiden, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimien) vastaanottajana on kehittämiprojektin projektipäällikkö. Osallistettavien sähköpostiosoitteita tai tietoja ammattinimikkeistä ei siirretä muille tahoille. Asiakaspalautteisiin nimellä vastanneiden nimiä ei ilmaista. Nimiä ja vastauksia ei missään vaiheessa projektia yhdistetä.
Olenaiset tiedot henkilötietojen siirrosta kolmansiin maihin (EU:n tai ETA:n ulkopuolelle)	Henkilötietoja (sähköpostiosoitteita, ammattinimikkeitä, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimiä) ei siirretä kolmansiin maihin.
Tietojen suojausten periaatteet	Tietoihin on pääsy vain projektipäälliköllä.
Rekisteröidyn oikeudet	Rekisteröidyllä on tietosuoja-asetuksen mukaan oikeus: <ul style="list-style-type: none"> • saada tietoa henkilötietojen käsittelystä, ellei laissa ole erikseen säädettyä poikkeusta

TIETOSUOJAILMOITUS

Eu:n yleinen tietosuoja-asetus, artikkelit 13 ja 14

3.1.2020

	<ul style="list-style-type: none"> • tarkastaa itseään koskevat tiedot ja korjata virheelliset tai puuttuvat tiedot • poistaa tietonsa (ei sovelleta, jos käsittelyperuste on lakisääteinen tai yleisen edun mukainen tehtävä) • rajoittaa tietojensa käsittelyä • vastustaa tietojensa käsittelyä, jos käsittelyperuste on yleinen tai oikeutettu etu • pyytää itse toimittamiensa henkilötietojen siirtämistä rekisterinpitäjältä toiselle, jos käsittelyperuste on suostumus tai sopimus • peruuttaa antamansa suostumus • henkilötietojen oikaisua/poistoa/käsittelyn rajoitusta koskeva rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus • olla joutumatta automaattisen päätöksenteon kohteeksi (rekisteröity voi sallia automaattisen päätöksenteon suostumuksellaan) <p>Henkilötietojen (sähköpostiosoitteet, ammattinimikkeet, asiakaspalautteisiin vastanneiden nimet) perusteella ei tehdä profiloineja.</p> <p>Henkilötietojen käsittely kuvataan mahdollisimman kattavasti ja läpinäkyvästi tässä tietosuojailmoituksessa ja pyrkien kehittämään ilmoituksen sisältöä. Ilmoitamme merkittävistä muutoksista lain edellyttämällä tavalla.</p> <p>Rekisteröity voi käyttää oikeuksiaan ottamalla yhteyttä ilmoituksessa mainittuun yhteyshenkilöön tai tietosuojavastaavaan. Lisätietoja rekisteröidyn oikeuksista antavat yhteyshenkilö ja/tai tietosuojavastaava.</p> <p>Jos henkilötietojen käsittely ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.</p> <p>Sinulla on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassaolevaa tietosuojalainsäädäntöä. Tietosuojavastaavan yhteystiedot on mainittu tietosuojailmoituksen alussa. Kaikki pyynnöt käsitellään tapauskohtaisesti.</p>
--	---

Saatekirje projektiin osallistuville

Kehittämiprojektin aihe: Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen hoitoprosessien kuvaus

Hyvä projektiryhmän jäsen,

Olet saanut sähköpostitse kutsun osallistua työpajatyöskentelyyn liittyen YAMK-opinnäytetyöhöni Turun ammattikorkeakoulussa.

Kehittämiprojektin toimeksiantajana toimii Turun kaupungin sairaalan kuntouttava osastoryhmä. Toimin projektissa projektipäällikkönä. Projektin ohjausryhmän muodostaa YAMK-opiskelija, tuutor-opettaja Raija Nurminen, työelämämentori ylihoitaja Terhi Painilainen ja kohdeorganisaatiossa osastonhoitajana työskentelevä Mia Ketonen. Projektiryhmän muodostaa projektipäällikkö ja Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen moniammatilliset tiimit, joihin kuuluu fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja, geriatri, osastosihteeri, sosiaalityöntekijä ja AVH-hoitaja.

Kehittämiprojektini **tarkoituksena** on kuvata ikääntyneen kuntoutujan hoitoprosessit Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksessa. Ikääntyneillä tässä tarkoitetaan vanhuuseläkkeellä olevaa väestöä eli yli 65-vuotiasta turkulaista.

Kehittämiprojektin **tavoitteena** on parantaa moniammatillisen kuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä, tunnistaa kuntoutujalle arvoa tuottamattomat toiminnot prosessissa ja sitä kautta edistää kokemusta työnhallinnasta ja lisätä työhyvinvointia.

Kehittämiprojektin **tuotoksena** ovat geriatrisen, ortopedisen ja neurologisen kuntoutujan hoitoprosessien kuvaukset.

Kehittämismenetelmät projektissa ovat osallistava työpajatyöskentely ja dialoginen keskustelu. Henkilöstön osallistamisesta on tehty tietosuojaseloste (liite1). Projektiin osallistuminen on vapaaehtoista.

Tervetuloa mukaan työpajatyöskentelyyn ja kehittämään Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen hoitoprosesseja.

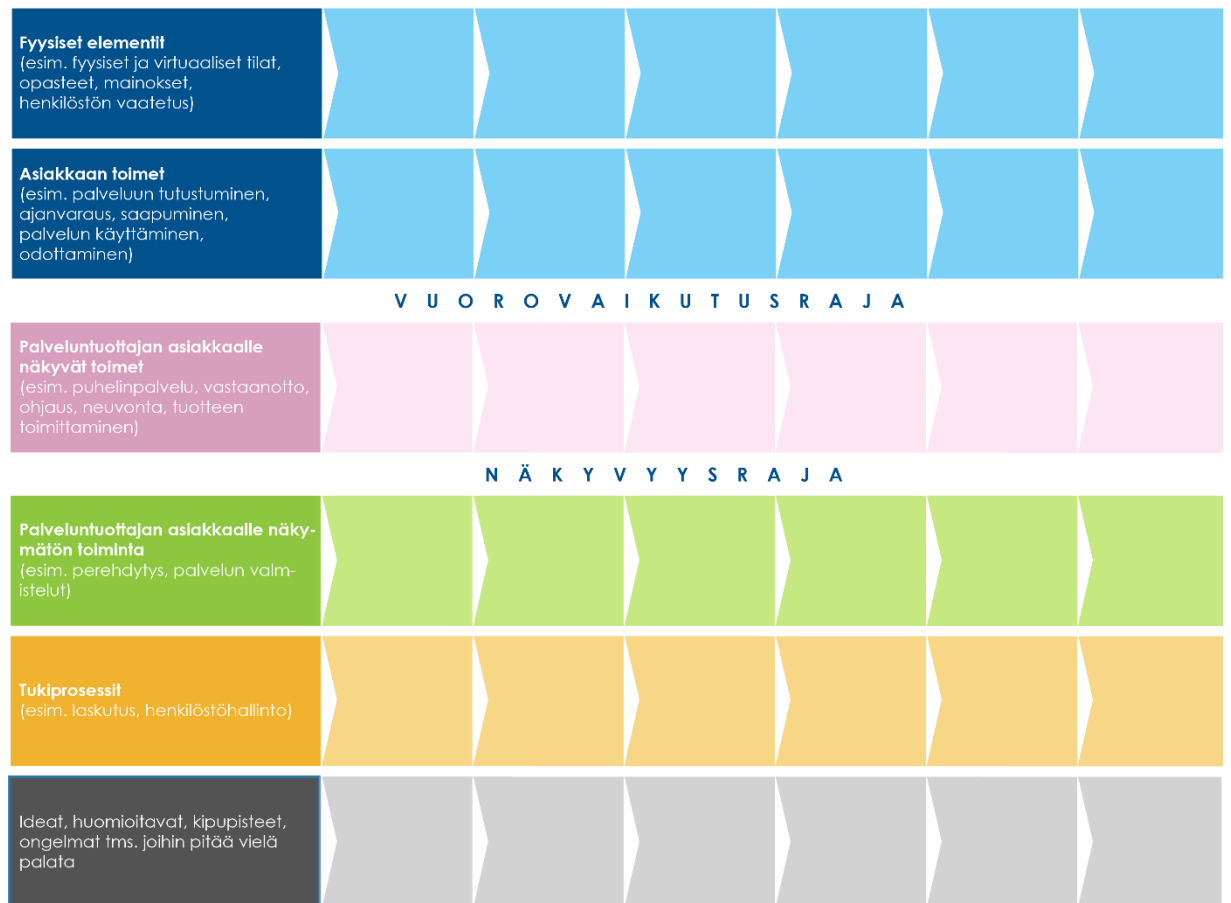
Ystävällisin terveisin,

Petra Soini

YAMK-opiskelija, Turun ammattikorkeakoulu, Kehittäminen ja johtaminen

petra.soini@edu.turkuamk.fi

PALVELUPROSESSI SERVICE BLUEPRINT -MALLIIN



<p>Kuntautuskerku, päiväralli, kuntaralli, tarapainarata, vartsanattahuoneet, terapiakolttiitii, laboratoria, rünten, häiri, kuljetusjärjestelmä, tunnelikäyttö, ryhmätilla, lepakuone. Palvelutiedote; erikuntautus suunnitelma, ajantasainen lääkkehä, tuloste vartsanattahuoneesta, katiikkäytäjät kirjallisuus, zairalan.zar.tin palveluotte, Alue- ja Parkkianalittien zrite, Menusivut, liikuntapalvelukerkuksen zriteet, apuvälinealainsaaman zrite, varatut ajat kirjallisuus, Nagyz infokanava, ravitsemushäje, viriketoiminnan tuuletukset, Turvallisuusvarti-zrite.</p>		<p>Kuntautuskerku, päiväralli, kuntaralli, tarapainarata, vartsanattahuoneet, terapiakolttiitii, ryhmätilla, ulkatalia, Karkonliittii, lepakuone, siirtikuone. Palvelutiedote; erikuntautus suunnitelma, SVBHM-lähetä, jalkojenkalitahete.</p>	<p>Kuntautuskerku, päivärali, uc, zairalan zula</p>
<p>Käy vasa' alla, jua vettä ja kiinnittä nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Tapa- ja ylläpidinlähti FdAht. Orellituu vaima- ja tarapainarajeltuu zäki päiväryhmässä viriketoimintaan. Jua vartsanattahuoneesta kirjallisuus, läkkehä. Käy zairalissa vartsanattahuoneesta kirjallisuus, lepakuone. Tapa- ja zairalisylläpidinlähti FdAht. zairalan zula. Käy zairalissa zairalan zula. Käy zairalissa zairalan zula.</p>	<p>Kuntautusjärjestyksen ja zairalan zula.</p>	<p>Kuntautusjärjestyksen ja zairalan zula.</p>
<p>Läikkeitä punnitsee, zairala joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen. Käytää zairalissa zairalan zula.</p>	<p>JAKSON ALUSSA: Läikkeitä tekee zairalissa zairalan zula. Sairaanhoito katiittaa kuntautus zairalan zula. JAKSON AIKANA: Läikkeitä zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula.</p>	<p>JAKSON ALUSSA: Toimintaterapiat katiittaa zairalan zula. JAKSON AIKANA: Läikkeitä zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula.</p>	<p>Työntekijä, päiväjärjestyksellä, avartaa zairalan zula.</p>
<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Maniometillinen tiimi zairalan zula. Läikkeitä zairalan zula.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>
<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>
<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>
<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>	<p>Läikkeitä joutava, mittaa vartsanattahuoneen, avartaa nimilappu kiinnittä zairalissa, vartsanattahuoneesta zairalissa nimilappu. Tutustu päiväjärjestykseen.</p>

Kuntautujan toimintaympäristö	Kuntautujan toimintaympäristö	Talvi	Kuntauturkokur, pukuhuone, uic, zairaalan aula	Kuntauturkokur, päiväräli	Kuntauturkokur, päiväräli, kuntaräli, vartsanattakunnat, ryhmätöle, lepahuone.	Kuntauturkokur, päiväräli	Kuntauturkokur, päiväräli, Falsolotädit, ouli, arkikuntauturruunnitelma ja uudet katiharjaiturhajat.	Kuntauturkokur, pukuhuone, uic, zairaalan aula	Talvi
Vartaapuhelun kantaatarkkuzelta.	Vartaapuhelun kuljetuzelta.	Tulsa kuljetuzella kantaatarkkuzeen.	Riiruu ulkavastatet, vaihtaa kengät ja käy uuzsä.	Siirtyy päiväräliin, köy vaa'alla, laittaa nimilapun ja juu vättimähu.	Tapa vartatellen ft, tt, th ja tarvittaazsa geriatristin rekizär.ttin. Orallituu viriketaimintaan.	Syö lounaan ja pattaa päiväiäkkäet.	Vartaanatta uuden arkikuntauturruunnitelman ja mahdolliset uudet jatkohaiturhajat.	Kuntautuja pukaa ulkavastatet, vaihtaa kengät ja kävelee zairaalan aulaa odattamaan kuljeturkatiin.	Kuntautujaziirtyy kuljetuzella katiin.
Orastukaitaja zaittaa Ruokavaliän tarkartur ja tulän vartatminen.	Tyväntekijä ottaa kantaatujan vartaan ja zaittaa kantaatarkkuzella.	Tyväntekijä avurtaa vaattoiden vaihdaza ja uic-käynnäzä tarvittaazsa.	Läkkikaitaja punniraa, tarjaa juontaa, avurtaa nimilapukäinettä zaittaa kantaatujalta eteenpäin maniomatillilele tiimille viatävää tietaa ja avurtaa liikumiraa. Kertaa päiväziirtetyksen.	Läkkikaitaja ohjaa viriketaimintaan. Sairuuskaitaja ja toimintaterapeutti kaartateloet yhäzä zikkä kaartatelo, MNA, FIM, COPM). SK mittaa rrr. Fysioterapeutti tekee toimintakyky mittauzet (TUG, Berg, 10m kävely, Situaatio ylänäuru, tarvittaazsa SBBP), kaartatelo arjen zelytyz määzä ja mahdolliset kaatumizet. Antaa uudet katiharjaiturhajat ja kyyry zaurumukun mahdollisiin jatkohaiturisiin.	Läkkikaitaja jakaa ruuan ja kerää artiat yhäzä zaiturkultajan kanzu. Huulehtii, että kantaatujat ottaa ägäkkäet. Avurtaa tarvittaazsa ruokailuraa.	Fefet antaa uuden arkikuntauturruunnitelman ja uudet harjaiturhajat.	Tyväntekijä avurtaa pukautumiraa, aulaa ja takriiziirtymiraa.		
Orastukaitaja tilaa kuljetuzen, ilmaittaa kuljetuzella mahdolliset muutakut.	Läkkikaitaja tilaa lounaan, tekee nimilapun valmiiksi, zunnittelee päivän ohjelman. Maniomatillinen tiimi zunnittelee kantaatujan päiväziirtetyksen ja kirjaa zoen päiväzälin infotaululle zekä valmiittelee käytettävää tilaa ja käytettävää terapiavälineet tarvikkäet. Poqarar kirjaa zälin toturminen.	Läkkikaitaja kottaa mittaurtulozet zairaanhaitajalle.	Kantaatujan toimintakykyä havainnointi. SK kirjaa veron paineen ja painän, kanzu tai tarvittaazsa geriatristia. Maniomatillinen tiimi karkuttele kantaatujan toimintakykyzä. Te päiväzä tarvittaazsa arkikuntauturruunnitelman.	Läkkikaitaja havainnait ruokailuraa tarvittaazsa infarmatimillä. Ff/fezä kirjaa loppuyhteenvedän ja tarvittavia läkkäetä.	Fefet tekee uudet harjaiturhajat.				
Poqarar-patillartiatjärjestelmä, kuljetur	Jamio, Poqarar-patillartiatjärjestelmä		Poqarar-patillartiatjärjestelmä	Poqarar-patillartiatjärjestelmä, laituruvalta	Poqarar-patillartiatjärjestelmä, Fyzioterapi, arkikuntauturruunnitelman pakia				
Kantaatujan tavaitminen. Porautakut.	Kuljetur mykkäzä.			Käzä, 3 kantaatujaa kottaa. Arkikuntauturruunnitelman tt päiväzä yhteisen arvan pakijalta, ajan läytyminen yktelelle karkutuzella.	Pälän kirjaa zäimä.	Turvallinen katiutur, kuljetuzen vartuu.			

Ortopedisien kuntoutujan hoitoprosessi					
Lähtävä yksikkö. Palvelutodiste: Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen esite	Lähtävä yksikkö. Palvelutodiste: kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen esite	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan koti. Palvelutodisteet: Kutsukirje, esite, maksukattoesite, Kävely kevyemmäksi-ohje, proteiiniohje.	Kuntoutujan koti	Taksi, kuntoutuskeskus
Kuntoutuja keskustelee lähtävän yksikön henkilökunnan kanssa jatkokuntoutukseen osallistumisesta ja antaa suostumuksen lähteen tekoon.	Kuntoutuja vastaanottaa moniammatillisen tiimin.	Kuntoutuja vastaa kuntoutuskeskuksesta tulevaan puheluun tai tapaa kuntoutuskeskuksen henkilökuntaa lähtävässä yksikössä. Kuntoutuja tekee päätöksen arviointikäynnin vastaanottamisesta puhelimitse tai sopii jakson aloittamisesta suoraan osastojakson jälkeen ilman arviointikäyntiä.	Kuntoutuja vastaanottaa arviointikäynnille tulevan tiimin, kertoo toimintakyvystään arjessa, asettaa tavoitteen yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa ja sopii kuntoutusjakson toteutustavasta (kotikäynnin, keskuspäivät).	Kuntoutuja vastaa kuljetuksen puheluun, pukeutuu ja jää odottamaan kuljettajaa.	Kuntoutuja tulee taksilla kuntoutuskeskukselle.
Lähtävän yksikön henkilökunta kertoo kuntoutuskeskuksen toiminnasta, antaa esitteen ja kysyy suostumuksen lähteen tekoon.	Moniammatillinen tiimi käy osastolla tapaamassa kuntoutujaa. Haastattelee, toiminnan esittely, antaa esitteen ja ensimmäisen kotikäyntiajan, mikäli kotiutuksen ajankohta tiedossa.	Kuntoutuskeskuksen henkilökunta soittaa ja tarvittaessa lähettää tekstiviestin/sähköpostin kuntoutujalle arviointikäynnin sopimiseksi tai jakson aloittamisesta suoraan keskuksella.	Moniammatillinen tiimi haastattelee kuntoutujaa toimintakyvystä arjessa, antaa kotiharjoitusohjeita, antaa tietoa kolmannen sektorin palveluista. Kartoitetaan yhdessä kuntoutujan kanssa kodin tilat ja apuvälineet. Tarvittaessa tarkastetaan käytössä olevat lääkkeet, katsotaan jääkaappiin, saatavissa olevat etuudet, sosiaalityöntekijän tarve. Annetaan tarvittavat yhteistiedot (avustajakeskus, maksutoimisto, saatto- ja asiointiapu, ateriapalvelu, palvelutalo, turvapuuhelin). Asetetaan tavoite yhdessä kuntoutujan kanssa. Fysioterapeutti kartoittaa fyysisen toimintakyvyn (liikuminen, siirtymiset). Sovitään kuntoutusjakson aloituksesta. Annetaan kutsu aloittaessa keskuksella tai seuraavan kotikäyntiajan, jos kuntoutus alkaa kotona.	Tarvittaessa toimintaterapeutti ohjaa ensimmäisellä kerralla lähdössä.	Lh ja henkilökunta avustaa kuntoutujan taksista
Lähte tehdään.	Moniammatillinen tiimi seuraa kuntoutujan kotiutuspäivän valmistumista.	Moniammatillinen tiimi suunnittelee arviointikäynnin ajoituksen. Ottaa yhteyttä kotihoitoon/omaiseen ja ilmoittaa suunnitellun arviointikäyntiajan. Geriatri pyydetään tarvittaessa käynnille mukaan. Osastosihteeri tekee hoitajaksolehden ja laittaa väliin sovitut lomakkeet.	Moniammatillinen tiimi tutustuu potilastietoihin. Tiimistä yksi kirjaa käynnin kertomukseen KUN-lehdelle, laittaa lisänäkymät (HOL, TOI, FYST). Sairaanhoitaja tilastoi käyntityypit KASALK. Moniammatillinen tiimi infoimoi tarvittaessa geriatria kuntoutujan voinnista tai lääkehaasteista sekä ilmoittaa ohjelle kuntoutuksen aloituspäivän ja tarvittavat apuvälineet. Oh tilaa kyydin.	Kuntoutuskeskuksen yhteinen aamuraportti päivän kuntoutujista. Kirjataan päiväsaliin infotaululle kuntoutujien päiväjärjestys (ryhmät ja vastaanotot). Lähihoitaja petaa sängyt, laittaa mehut/veden valmiiksi, tilaa ruuan ja suunnittelee päivän ohjelman ja työnojan.	Moniammatillinen tiimi suunnittelee päivän ohjelman. Valmistele tilat ja tarvikkeet. Perehtyy kertomukseen ja päivittäisiin kirjauksiin. Osastosihteeri tulostaa rannekkeen ja hakee sen.
Pegasos-lähetejärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä.	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Effector-apuvälinelainausjärjestelmä	Kotihoito/omainen, kuljetus, Jamix, laitoshuolto	Kuljetus. Pegasos-potilastietojärjestelmä
Onko kuntoutuja antanut suostumuksen läheteeseen? Ymmärtääkö kuntoutuja mihin on suostunut?	Lähtävä yksikkö ei ilmoita kotiutuspäivää yksikköön. Lähte tullut aikaisin, onko tilanne sama kotiutuessa?	Kuntoutuja/omaistakotihoitoa ei tavoiteta.	Kuntoutujan on itse vaikea asettaa omaa tavoitetta kuntoutumiselle. Kuntoutuja ei näe omaa kuntoutustarvetta, on tyytyväinen nykytilaan. Jakson/käyntien maksullisuus. Kuntoutujan kielitaito, tulkkien vähäinen määrä. Tilastotuja KASALK vähän. Lemmit taloudessa, läheinen josta ei edeltävästi tietoa paikalla.	Kuntoutuja joutuu odottamaan kuljetusta, aikataulu vaihtelee. Lähihoitajien suunnittelu aika vähäistä.	Kuljetukset usein myöhässä, kuljetuslistat eivät ole ajantasalla palveluntuottajalla. Kuntoutujat odottavat kyytiä, kuntoutujan matka-aika on pitkä, jopa tuntiin.

Kuntoutuskeskus	Päiväsali, wc, Palvelutodiste:nimilappu.	Kuntoutuskeskus: päiväsalit, wc, kuntosalit, tasapainorata, vastaanottohuoneet. Palvelutodiste: uudet kotiharjoitusohjeet, virketoiminnan tuotokset, nimilappu, ranneke.		Kuntoutuskeskus: päiväsalit, wc, kuntosalit, tasapainorata, vastaanottohuoneet. Palvelutodiste: uudet kotiharjoitusohjeet, virketoiminnan tuotokset, nimilappu, ranneke.
Kuntoutujia kävelee/tulee pyörätuolilla kuntoutuskeskukselle. Riisuu pääsilysaatteet, vaihtaa tarvittaessa sisäkengät ja kävelee päiväsaliin.	Kuntoutujia astuu vaa'alle, juo, käy tarvittaessa wc:ssä, tervehtii muita kuntoutujia ja henkilökuntaa. Lh ottaa tarvittaessa virtsanäytteen ja välittää tietoa kuntoutujasta tiimille (vointi, lääkärasiat, sos.ti).	Jakson aikana kuntoutujia osallistuu virketoimintaan; pelit, askartelu, leivonta, maalaus, kävely sisätiloissa ja aivojympä. Kuntoutujia osallistuu voima- ja tasapainoharjoitteluun ryhmässä tai yksinään. Suorittaa fyysisen toimintakyvyn testit, vastaa alkuhaastatteluun, loppuhaastatteluun, käy geriatrin, sairaanhoitajan, toimintaterapeutin ja fysioterapeutin vastaanotolla. Käy tutkimusyksikössä/ osallistuu keskuksella tarvittaessa laboratorio- tai kuvantamistutkimuksiin. Tapaa tarvittaessa sosiaalityöntekijän. Tapaa tarvittaessa sairaalapapin. Harjoittelee arien taitoja. Polkee moottoroitua kuntopyörää. Syö aamupalan paastonäytteen jälkeen. Juo proteiinijuoman harjoittelun jälkeen. Kokeilee uutta apuvälinettä (pieni- ja liikkumisen apuvälineet) tai ortooseja. Palauttaa tarpeettoman apuvälineen. Ottaa tarvittavat lääkkeet. Vastaanottaa kotiharjoitusohjeet tai niiden päivitykset. Osallistuu halutessaan hartauteen (vrttkk).	Syö lounaan ja käy wc:ssä.	Kuntoutujia käy kävelemässä sisällä/ulkona. Osallistuu liikuntaryhmään (tuolijumppa, rentoutus, venyttely, kuntosalit). Polkee moottoroitua kuntopyörää. Tekee yksilöharjoituksia; porrasikävely, lattialta ylösnousut. Osallistuu keskusteluryhmään. Osallistuu ravitsemusryhmään. Suorittaa fyysisen toimintakyvyn testit, vastaa alkuhaastatteluun, loppuhaastatteluun. Käy geriatrin, sairaanhoitajan, toimintaterapeutin ja fysioterapeutin vastaanotolla. Kokeilee uutta apuvälinettä (pieni- ja liikkumisen apuvälineet) tai ortooseja. Ottaa vastaan ohjausta, neuvontaa, tutkimusainekkoja ja tutkimustulostavastauksia. Kysyy aktiivisesti kuntoutuksen ja omaan terveyteensä liittyviä asioita. Vastaa asiakaspalautteeseen. Luo yhdessä työntekijän kanssa arkkikuntoutussuunnitelman, johon lupaa sitoutua.
Henkilökunta saattaa kuntoutujan ja avustaa tarvittaessa.	Lh punnitsee, esittelee tilat, käy läpi päivän ohjelman, antaa nimilapun, antaa juotavaa, avustaa tarvittaessa wc:ssä, vaihtaa kuulumiset kuntoutujan kanssa.	alkumittauksia ja alkuhaastattelun. Sairaanhoitaja tekee alkuhaastattelun ja toimintakyvymittaukset (ortostaattinen, FIM, MMSE, GDS-15, MNA, Cerad). Fysioterapeutti tekee alkutesti (TUG, Berg, tarvit. SPPB, 10m kävely, 5xtuolista ylösnousu) liikkumisen osalta. JAKSON AIKANA: Lähiohjaaja ohjaa virketoimintaa ja ohjaa kuntosalilla. Ottaa tarvittavat näytteet. Mittaa verenpaineen, verensokerin, residuaalin. Antaa tarvittavat lääkkeet. Antaa tarvittaessa aamupalan, jonka myös valmistaa. Tarvittaessa haavahoito, katetrointi, avustaa suihkussa. Ohjaa kävely- ja porrasharjoituksia, apuvälineiden käyttöä ja siirtymisiä. Ohjaa moottoroituiden kuntopyörän käytössä. Fysioterapeutti ohjaa voima- ja tasapainoharjoituksia ryhmässä, tutkii toimintakyvyn ongelmia (esim. manuaalinen lihasteaus, nivelliikkuvuudet, hyvän laatuinen asento- ja voimauksen testaus ja hoito) ja antaa yksilöterapiapää. Arvioi ja ohjaa liikkumista, arvioi liikkumisen apuvälineen tarpeen, apuvälineen käytön ohjaus. Osastosihteeri saattaa laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin, antaa tarvittaessa varattuja aikoja tutkimuksiin. Moniammatillinen tiimi kannustaa ja motivoi kuntoutujia. Lhshltht/geriatri haastattelee kuntoutujaa kiputilanteesta ja hoitaa tarvittaessa (lääkehoito, kylmäpakkaukset, fitt keinoin). JAKSON LOPUSSA: Lähiohjaaja tekee tarvittaessa loppuhaastattelun ja testejä (FIM-toimintakykyarvio, MMSE, GDS-15). Fysioterapeutti tekee lopputesti (TUG, Berg, tarvit. SPPB, 10m kävely, 5xtuolista ylösnousu) liikkumisen osalta. Sairaanhoitaja tekee loppuhaastattelun ja tekee FIM-toimintakykyarvion (tarvittaessa MMSE, GDS-15).	Lähiohjaaja jakaa lounaan yhdessä laitoshuoltajan kanssa, tarvittaessa avustaa ruokailussa, kannustaa syömään ja kerää astiat. Tarvittaessa avustaa wc:ssä.	JAKSON ALUSSA: Toimintaterapeutti testaa kognition (Moca, Lotca, Tmt), yläraajavalmiuden (puistutusvoima, monofilamentti, Box and block, Nine hole peg) ja haastattelee (COPM). JAKSON AIKANA: Lähiohjaaja ohjaa virketoimintaa, liikuntaryhmiä (esim. tuolijumppa) ja kuntosalilla. Antaa tarvittaessa kotikäyntiajat. Sairaanhoitaja avustaa geriatrin vastaanotolla ja tekee tarvittaessa haavahoidot. Fysioterapeutti antaa kirjalliset kotiharjoitusohjeet ja antaa tarvittaessa kotikäyntiajat. Toimintaterapeutti ohjaa ja arvioi keittötoimintoja. Ohjaa pukeutumisessa, yläraajaharjoitteet ja tekee apuvälineiden käytön tarpeenarvioinnin ja antaa käytön ohjausta. Ohjaa teknisten apuvälineiden käytön harjoittelussa. Antaa tarvittavat kirjalliset kotiharjoitusohjeet ja tarvittaessa kotikäyntiajat. Antaa esitteet tukipalveluista tarvittaessa. Päättää ravitsemusryhmä yhdessä sh:n kanssa. Geriatrit tekee kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin, hoitaa akuutit lääketieteelliset ongelmat, tarkastaa ajantasaisen lääkityksen, tekee tarvittavat muutokset, neuvoo ja ohjaa elämäntavoissa. Sosiaalityöntekijä avustaa asiakkaita etuuskien hakemisessa. JAKSON LOPUSSA moniammatillinen tiimi luo arkkikuntoutussuunnitelman yhdessä kuntoutujan kanssa joko keskustelulla tai kotona pidettävässä loppupalaverissa, mikä sellainen järjestetään.
Henkilökunta lukitsee pukuhuoneen kun kaikki ovat saapuneet.	Tt tekee tarvittaessa kauppa-kassitteluun terapiaa tai ravitsemusohjausta varten.	Toimintaterapeutti on yhteydessä omaisiin, kotihoitoon, sosiaalityöntekijään, vammaispalveluun, näön- ja kuulon kuntoutukseen, kolmanteen sektoriin, kaupungin tukipalveluihin, Kelan kuntoutus, tulkikeskukseen, erikoissairaanhoidon. Etsii ja suunnittelee kuntoutujalle sopivan jatkoon. Sairaanhoitaja on yhteydessä kotihoitoon ja omaisiin. Varaa lääkäriajat. Hoitotarvikkeiden hakeminen. Sosiaalityöntekijä: tarkastaa maksukatantäyttymisen. Moniammatillinen tiimi kirjaa (hoitokertomus, kertomus, toimintakykyosoite, FIM), tilastoi ja tutustuu potilastietojärjestelmästä löytyviin kirjauksiin. Moniammatillinen kuntoutuspalaveri x 1vko. Moniammatillinen tiimi arvioi ja suunnittelee kuntoutujan jaksossa yhdessä. Fthltht terapiavälineiden puhdistaminen ja tilojen järjestely.	Lh seuraa ravitsemuksen toteutumista, tekee tarvittaessa muutokset ruokakortteihin.	Fysioterapeutti on yhteydessä veteraanilottakuntoutukseen, kolmanteen sektoriin, Turun kaupungin palveluihin ja omaisiin. Tekee harjoitusohjelman kuntoutujalle (Physiotools) ja laatii kuntosalikortin. Sairaanhoitaja on yhteydessä kotihoitoon, omaisiin, terveysasemalle ja muutkoordinaattoriin. Varaa lääkäriajat ja toteuttaa lääkärimääräykset. Geriatrit tekee epikriisin, tarvittavat lausunnot ja läheteet. Moniammatillinen tiimi kirjaa, tutustuu potilastietojärjestelmästä löytyviin kirjauksiin ja tekee tarvittavat läheteet. Moniammatillinen tiimi arvioi ja suunnittelee kuntoutujan jaksossa yhdessä. Fthltht terapiavälineiden puhdistaminen ja tilojen järjestely. Osastosihteeri laskuttaa käynnit x 1kk. Lähettää epikriisin kuntoutujalle ja jatkohoitoläheteet jatkohoitotaholle. x 1v. C-lausunnon sosiaalityöntekijälle/lähettää Kelan. Sosiaalityöntekijä lähettää C-lausunnon Kelan, on yhteydessä maksutoimiston, kirjaa keromukseen maksutalon täyttymisen Lähettää kuljetuspalvelutodistuksen vammaispalveluille.
ää	Sähköposti	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Physiotools, HUR smart touch, laitoshuolto, sairaalapappi. Tekninen huolto.	Laitoshuolto	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Physiotools, HUR smart touch, laitoshuolto, laskutusjärjestelmä.
Saattajien ajoittainen puute.		Kirjaaminen; samat asiat useaan paikkaan vie aikaa. Sosiaalityön vähäinen resurssi, usein vaihtuva sosiaalityöntekijä (erilaiset toimintatavat). Tekninen huolto vastaa korjauspyyntöihin viiveellä.		Kirjaaminen; samat asiat useaan paikkaan vie aikaa. Kuntoutuspalaveri ilman kuntoutujaa. Aikataulut haaste; toimintatuokioiden järjestäminen haastavaa (paljon toimintoja, keskeytyksiä).

Kuntoutuskeskus	Kuntoutuskeskus	Taksi	Kuntoutuskeskus, koti, lähettävä yksikkö, kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö.	Kuntoutujan toimintaympäristö. Palvelutodisteet: kirjalliset harjoitusohjeet, Menovinkit, Kävelykevyemmäksi-ohjeet, apuvälineen lainastodistus, lääkeohje, e-reseptin tiedoksianto, seuraava kotikäyntiaika kirjallisena, tiedotteet palveluista.	Kuntoutujan toimintaympäristö. Palvelutodisteet: kirjalliset jatkohoito-ohjeet/varattu lääkäri-aika.
Syö välipalan, käy wc:ssä.	Siirtyy pukuhuoneeseen. Vaihdaa ulkovaatteet, pukee ulkovaatteet. Kävelee ulko-ovelle.	Menee taksilla kotiin.	Kuntoutuja sopii kotikäyntiajan työntekijän kanssa lähettävässä yksikössä, puhelimitse, arviokäynnillä tai keskuksella.	Kuntoutuja tapaa työntekijän sovitussa paikassa.	Kuntoutuja harjoittelee tavoitteenmukaisia arkitoimintoja; harjoittelee ulkona liikkumista, linja-autolla liikkumista, kaupassa käymistä, tutustuu ravitsemusta tukeviin tuotteisiin, harjoittelee portaiden kulkemista, tutustuu kuntosalin, tutustuu harrastetoimintoihin, toteuttaa kotiharjoitteita, harjoittelee ruuan valmistamista tai muita kotiaskareita. Harjoittelee uusien apuvälineiden käyttöä, luopuu tarpeettomista. Osallistuu toimintakyvyn ja kognition mittauksiin. Osallistuu ravitsemusohjaukseen. Pyytää ohjausta palvelujärjestelmän palvelujen ja tukien selvittämisessä. Sopii seuraavan kotikäyntiajan. Viimeisellä käynnillä tekee yhdessä henkilökunnan kanssa arkikuntoutussuunnitelman.	Noudattaa laadittua arkikuntoutussuunnitelmaa. Käy tarvittaessa sovitussa jatkokäynnissä. Kysyy vastaukset terveysasemalta tai vastaa keskukselta tulevaan puheluun.
Lähihoitaja tarjoilee välipalan. Avustaa tarvittaessa wc:ssä.	Lähihoitaja ohjaa pukuhuoneeseen, avustaa tarvittaessa pukeutumisessa ja saattaa taksiin.		Lähihoitaja sopii kotikäyntiajan.	Lähihoitaja tapaa kuntoutujan sovitussa paikassa.	Lähihoitaja tekee kävelyharjoituksia sisällä/ulkona, ohjaa kotiharjoitteita (jumppa, portaat), harjoittelee kaupassa käyntejä ja harrastuksiin menoa, ohjaa kottöiden suorittamista. Toimintaterapeutti ohjaa linja-autolla kulkemisessa, harjoittaa arjen toimintoja (kauppa, kotiyöt, laskujen maksu, tietokoneen, puhelimen, kalenterin käyttö), ohjaa harrastetoimintoihin. Fysioterapeutti testaa toimintakykyä (TUG, Berg, 5x tuolista ylösnousu), antaa yksilöterapiaa, tutustuu kuntosalin kuntoutujan kanssa. Sairaanhoidaja tekee tarvittaessa Ceradin, haavahoitoa, lääkelistan tarkistus, lääkähoidon ohjaus, kävelyharjoitus sisällä/ulkona ja ohjaa kotiharjoitteet. Geriatri arvioi, yhdessä sh:n kanssa, lääketieteellisen tilanteen ja ohjaa. Moniammatillinen tiimi kysyy kotiharjoitteiden, ravitsemuksen (saanko kurkasta jääkaappisi?), lääkähoidon, unen toteutumisesta, mahdollisista kivuista ja vatsantoiminnasta. Ohjaa apuvälineiden käyttöä ja hankintaa ja kuuntelee kuntoutujaa. Viimeisellä käynnillä henkilökunta tekee arkikuntoutussuunnitelman yhdessä kuntoutujan, mahdollisen kotohoidon/omaisen	Sairaanhoidaja soittaa jatkohoito-ohjeet ja ilmoittaa tarvittaessa varatun lääkäriajan.
Lähihoitaja/laitoshuoltaja keittää kahvin ja laittaa kahvikupit esille.			Moniammatillinen tiimi suunnittelee aikataulut, kirjaa, soittaa kotohoidolle/omaiselle/omaisohoidon ohjaajalle/ aiemmin hoitaneelle terapeutille. Käynnin sisällön suunnittelu.	Reittisuunnitelman teko.	Moniammatillinen tiimi kirjaa käynnin jälkeen toteutuksen ja on tarvittaessa yhteydessä tukipalveluihin, omaisiin tai kotohoitoon. Ajopäiväkirjan täyttäminen, tilastointi. Keskuksen auton tankkaaminen. Osastosihteeri tilaa pyörien huollon ja lataa keskuksen Föli-kortit. Terapeutit lataavat lääkinnällisen kuntoutuksen Föli-kortit.	Sh/ftfi lähettää jatkohoito-ohjeet postitse. Sh varaa lääkäriajan, tilaa tarvittaessa kuljetuksen.
Välipalan ravintosisältö	Taksiin siirtymiset, kaatumisriski. Kuntoutujien kiire. Henkilökunnan ajoittainen puute (koulutukset, palaverit).	Kuljetus myöhässä, odottaminen. Taksissa olo aika pitkä. Kaatumisriski siirtymisissä. Onko päivä liian pitkä?	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Google maps, Pegasos-potilastietojärjestelmä, Turun seudun opaskartta, Ajopäiväkirja	Pegasos-potilastietojärjestelmä.	Pegasos-potilastietojärjestelmä.
			Kotikäyntiajan näkyminen muille toimijoille. Kotikäyntien peruuntuminen, samanaikaisuus kotohoidon käynnin kanssa.		Föli-korttien lataus sähköisesti, Föli-toimistolla käynti vie aikaa. Esh- ja pth-tuplatilastointi. Kuntoutujan osallistaminen aktiivisempaan rooliin; kirjallisena tavoitteet ja keinot, kotiharjoitteet (arkikuntoutussuunnitelma).	Kuntoutuja ei motivoitu arkikuntoutussuunnitelman noudattamiseen.

Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö. Palvelutodiste: kutsu	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö	Taksi, Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus
Tarvittaessa tulee geriatrin voille keskukselle kuulemaan keskukselta määrättyjen tutkimusten tuloksista. Vastaanottaa jatko-ohjeet.	Vastaa 1kk:n kontrollipuheluun tai tapaa fiitt sovitussa paikassa (esim. kuntosalilla). Kertoo kysyttäessä arjen selviytymisestään, arkikuntoutussuunnitelman toteutumisesta, mahdollisten lääkemuu- tosten vaikutuksesta ja kotimittausarvoista. Keskustelee tarvittavista jatkoläheteistä.	Vastaa 3kk:n kontrollipuheluun. Kertoo kysyttäessä arjen selviytymisestään, arkikuntoutussuunnitelman toteutumisesta, mahdollisten lääkemuu- tosten vaikutuksesta ja kotimittausarvoista.	Kuntoutuja vastaanottaa kutsun 6 kk:n seurantakäynnille.	Kuntoutuja vastaa keskukselta tulevaan puheluun.	Kuntoutuja vastaa kuljettajan puheluun, pukeutuu ja jää odottamaan kuljettajaa.	Kuntoutuja tulee taksilla kuntoutuskeskukselle, kävelee/kelaa pyörätuolilla keskukselle.	Kuntoutuja riisuu päällysvaatteet, vaihtaa tarvittaessa sisäkengät ja kävelee päiväsaliin.	Kuntoutuja astuu vaa'alle, juo, käy tarvittaessa wc:ssä, tervehtii muita kuntoutujia ja henkilökuntaa.
Geriatri yhdessä sh:n kanssa kertoo tutkimustulokset ja antavat mahdolliset jatkohoito-ohjeet.	Työntekijä soittaa kuntoutujalle ja kysyy arkikuntoutussuunnitelman toteutumisesta sekä voinnista ja antaa tarvittaessa uusia ohjeita. Kannustaa toteuttamaan annettuja ohjeita.	Työntekijä soittaa kuntoutujalle ja kysyy arkikuntoutussuunnitelman toteutumisesta sekä voinnista ja antaa tarvittaessa uusia ohjeita. Kannustaa toteuttamaan annettuja ohjeita. Ilmoitetaan 6 kk seurantapäivän ajankohta.		Oh soittaa kuntoutujalle ja varmistaa tulon, kysyy ruokavalion ja käytössä olevan apuvälineen.		Lähihoitaja vastaanottaa kuntoutujan ja saattaa keskukselle.	Lähihoitaja saattaa ja avustaa tarvittaessa.	Lähihoitaja ottaa painon, tarjoaa juotavaa, avustaa tarvittaessa wc:ssä, käy päiväohjelman läpi, vaihtaa kuulumiset.
Käynti kirjataan, tehdään tarvittavat läheteet ja varataan tarvittaessa uusia aikoja (terv. asema, muistikoordinaattori). Sh on yhteydessä kotihoitoon. Moniammatillinen tiimi keskustelee kuntoutujan tilanteesta. Geriatri	Työntekijä järjestää tarvittaessa esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnin, on yhteydessä kolmannen sektorin toimijaan tai kotihoitoon. Tilastoi ja kirjaa soiton.	Työntekijä järjestää tarvittaessa esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnin, on yhteydessä kolmannen sektorin toimijaan tai kotihoitoon. Tilastoi ja kirjaa soiton.	Osastosihteeri lähettää kutsun 6kk seurantakäynnille.	Oh tilaa kuljetuksen. Lh tilaa ruuan.		suunnittelee päivän ohjelman ja kirjaa aikataulun päiväsaliin infotaululle. Valmistele tilat ja tarvikkeet. Perehtyy kertomukseen ja päivittäisiin kirjauksiin. Tulostaa tarvittaessa paperit. Osastosihteeri ottaa esille hoitajaksolehden, tulostaa rannekkeen.		Lähihoitaja välittää moniammatilliselle tietoa esim. lääkärin tarpeesta. Moniammatillinen tiimi keskustelee kuntoutujan tilanteesta päivän aikana.
Pegasos-potilastietojärjestelmä.	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Kuljetus	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Effector		
	Pitäisikö olla yhteinen lomake, jonka mukaan asiat käydään läpi? Kuntoutujaa/omaisia/kotihoitoa ei tavoiteta. Muistin alenema, heikko kuulo. Kielitaito, tulkkien vähäinen määrä.	Kuntoutujaa/omaisia/kotihoitoa ei tavoiteta, muistin alenema, heikko kuulo. Kielitaito, tulkkien vähäinen määrä.	Kuntoutujan heikko näkö ja muisti. Kielitaito, tulkkien vähäinen määrä.	Kuntoutujaa ei tavoiteta, muistin alenema, heikko kuulo. Kielitaito.	Kuntoutuja joutuu odottamaan, haun aikakkuuna pitkä.	Kuntoutuja peruuttaa tulonsa.		

Kaskenlinnan kuntoutuskeskus. Palvelutodiste: harjoitusohjeet, apuvälinelainauslomake.	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus. Palvelutodiste; kotiharjoitusohjeet.	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Taksi	
Kuntoutuja osallistuu toimintakyvyn mittauksiin, haastatteluihin ja kertoo arkikuntoutussuunnitelman toteutumisesta ft, tt ja sh vo:lla. Käy tarvittaessa geriatrin vo:lla. Osallistuu virike toimintaan; askartelu, aivojumppa, pelit. Vastaanottaa/antaa suostumuksen tarvittaessa jatkokuntoutuslähteen. Osallistuu tarvittaessa uuden harrastuksen suunnitteluun.					
	Syö lounaan ja käy wc:ssä.	Osallistuu virike toimintaan; aivojumppa, pelit. Vastaanottaa uudet kotiharjoitusohjeet.	Vaihtaa ulkokengät, pukee ulkovaatteet ja kävelee ulko-ovelle.	Menee taksilla kotiin.	
<p>Ft/tt/sh ottaa kuntoutujan vastaan.</p> <p>Fysioterapeutti tekee fyysisen suorituskyvyn testit (TUG, SPPB, Berg, 10m kävely), tarvittaessa HAH-manööverit ja antaa uudet kotiharjoitusohjeet.</p> <p>Toimintaterapeutti uusii tarvittaessa toimintakyvyn testit ja haastattelee yhdessä sh:n kanssa kuntoutujan. Antaa uudet kotiharjoitusohjeet ja tiedotteet esim. kolmanteen sektoriin liittyvät. Sairaanhoitaja mittaa verenpaineen, tekee toimintakyvyn testit (FIM, MNA, tarvittaessa muut) ja haastattelee yhdessä tt:n kanssa. Lähihoitaja ohjaa päiväsalitoiminnoissa (kädenaidot, Tigo).</p>					
	Lähihoitaja ja laitoshuoltaja avustaa lounaan jakamisessa. Lh avustaa tarvittaessa wc-käynnissä.	Lähihoitaja ohjaa päiväsalitoiminnoissa. Tt/ft antaa uudet kotiharjoitteet.	Lähihoitaja avustaa tarvittaessa ja saattaa ulko-ovelle.	Lähihoitaja avustaa taksiin siirtymisessä.	
<p>Moniammatillinen tiimi kirjaa, tilastoi, tekee uudet ohjeet, soittaa yhteistyötahoille ja tekee tarvittavat läheteet.</p>					
	Lähihoitaja seuraa ravitsemuksen toteutumista ja tiedottaa tarvittaessa moniammatillista tiimiä.	Moniammatillinen tiimi kirjaa, tekee uudet ohjeet, soittaa yhteistyötahoille ja tekee tarvittavat läheteet. Oh tilastoi.	Moniammatillinen tiimi kirjaa, tekee uudet ohjeet, soittaa yhteistyötahoille ja tekee tarvittavat läheteet.		
Pegasos-potilastietojärjestelmä, Effector-apuvälineohjelma, Physiotools	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Effector-apuvälineohjelma, Physiotools	Pegasos-potilastietojärjestelmä, Effector-apuvälineohjelma, Physiotools			
Kiire, kolme kuntoutujaa/tiimi. Kuntoutujalla voi olla paljon asioita, joita ei ole voitu ennakoita.		Kiire, kolme kuntoutujaa/tiimi. Aina yhteistyötahoja ei tavoiteta, joten asioita hoidetaan myös seuraavana päivänä.		Kaatumisriski, kuntoutujan hätäisyys. Taksimatka kestää.	

Geriatrisen kuntoutujan hoitoprosessi					
Fyysiset elementit (esim. fyysiset ja virtuaaliset tilat, opasteet, mainokset, henkilöstön vaateus)	Lähettävä yksikkö. Palvelutodiste; este	Koti, kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan koti. Palvelutodiste: este keskukselta, ravitsemusohje, Kävely kevyemmäksi -ohje, kutsu, este alueen harrastustoiminnasta, Menovinkit, liikuntapalveluiden este	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan koti
Asiakkaan toimet (esim. palveluun tutustuminen, ajanvaraus, saapuminen, palvelun käyttäminen, odottaminen) (vuorovaikutusraja)	Kuntoutuja suostuu jatkokuntoutukseen. Vastaanottaa tietoa ja esitteen toiminnasta.	Vastaa kuntoutuskeskuksen puheluun, sopii arviointikäyntiajan ja kirjaa sen kalenteriin.	Vastaanottaa moniammatillisen tiimin. Kertoo omasta toimintakyvystään (ravitus, uni, sosiaaliset kontaktit, hygienia, liikkuminen, apuvälineet, läskehoito), arjen sujumisesta, aiemmista mielenkiinnon kohteistaan. Näyttää miten liikkuu/toimi kotonaan. Esittelee käytössä olevat apuvälineet. Osallistuu kuntouussuunnitelman tekoon (tavoitteet ja toiveet, kuntoutuksen aloitusajankohhta).	Vastaa kuntoutuskeskuksen soittoon. Sopii kuntoutuksen aloituksesta kotona tai keskuksella.	Valmistautunut keskuksensä itsenäisesti tai tuetusti. Vastaa kuljettajan soittoon.
Palveluntuottajan asiakkaalle näkyvät toimet (esim. puhelinpalvelu, vastaanotto, ohjaus, neuvonta, tuotteen toimittaminen) (näkyvyysraja)	Ft/sh/td/lääkäri antaa kuntoutuskeskuksen esitteen ja kertoo toiminnasta.	Sh soittaa kuntoutujalle ja sopii arviointikäyntiajan.	Ft/sh/td haastattelee kuntoutujaa ja muita osallistujia (omaiset, kotihoito) kuntoutujan toimintakyvystä (ravitus, uni, sosiaaliset kontaktit, hygienia, liikkuminen, apuvälineet, läskehoito), arjen sujumisesta, aiemmista mielenkiinnon kohteista. Ft/sh/td kertoo kuntoutuskeskuksen toiminnasta ja antaa ohjeet keskukselle tulosta. Annetaan esitteet ja sovitaa tarvittaessa aloituspäivän ilmoittamisesta/aloituspäivästä ja kerrotaan kuntouussuunnitelman käsittelystä kuntoutuspalaverissa. Tehdään kuntouussuunnitelma kuntoutujan omien tavoitteiden pohjalta. Tt arvioi mahdollisia kodin muutostöiden tarvetta.	Ft/sh/td soittaa kuntoutujalle ja ilmoittaa kuntoutuksen aloituksesta kotona tai keskuksella. Kertaa ohjeet keskukselle tulosta.	
Palveluntuottajan asiakkaalle näkyvät toimita. (esim. perehdytys, palvelun valmistelu)	Lähettävän yksikön tt/ft informoi kuntoutuskeskuksen ft/td :tä tulevasta läheteestä ja informoi kuntoutustarpeesta.	Sh soittaa omaiselle, kotihoitoon/kotiutus-/kuntoutustimille ja ilmoittaa arviointikäyntiajan. Sh informoi moniammatilliselle tiimille sovitun arviointikäyntiajan ja kirjaa ajan potilastietojärjestelmään. Ft on yhteydessä kotiutus-/kuntoutustimiin tai kotihoidon fysioterapeuttiin. Ft tilastoi puhelun ja kirjaa hoitokertomukseen.	Moniammatillinen tiimi sopii kuka tiimistä johtaa keskustelua ja kirjaa käynnin. Sh varaa keskuksen auton ja tulosta osoitetiedot. Ft/sh/td havaivnoi ja arvioi kuntoutujaa ja toimintaympäristöä. Sh tekee esh-tilastoinnin. Ft/td tekee pth-tilastoinnin. Kuntoutuspalaverissa esitellään kuntoutuja ja kuntouussuunnitelma (tavoitteet, keinot, jaksos mahdollinen kesto) palaveriin osallistujille (lh, oh, sos. tt, geriatrit) sekä tarvittaessa pohditaan moniammatillisesti kuntoutusjakson suunnitelmaa. Tarvittaessa varataan ensimmäinen aika geriatrille.	Ft/td tilastoi kuntoutujalle soittamansa puhelun. Sh soittaa omaiselle, kotihoitoon/kotiutus-/kuntoutustimille ja ilmoittaa puhelun potilastietojärjestelmään. Vie tiedon aloituksesta ja mahdollisista erityistarpeista oh/le , joka tilaa kuljetuksen.	Moniammatillinen tiimi keskusteleee yhdessä kuntoutujan tilanteesta, jaksos tavoitteista, edistymisestä, keinoista ja jatkosuunnitelmista. Käy läpi uudet läheteet ja sopii alustavasti arviointikäyntien aikataulun. Lh saa ohjeet kotikäyntien toteutuksesta. Moniammatillinen tiimi suunnittelee kuntoutujan päivän (ft: terapien suunnittelu, lh: ryhmien suunnittelu, tilaa ruuan, tekee nimilapun, tt: terapien suunnittelu, sh: vastaanoton sisäiltä, geriatrit vastaanotot), tarkistaa mahdolliset kotihoidon kirjat potilastietojärjestelmästä ja valmisteleee vastaanototilat (aiemmat testitulokset, kerää tarvittavat lomakkeet, varmistaa tilan ja laittaa välineet käyttökuntoon). Ft tekee HUR-kuntosalikortin ja yksilölliset kotiharjoitusohjeet. Moniammatillinen tiimi raportoi keskuksen henkilökunnalle kuntoutujasta terveydentila, käytössä olevat apuvälineet ja päivän suunnitelmasta. Osastosihteeri tulostaa ja hakee rannelkkeen mahdollista laboratorikäyntiä (laboratorio/keskus) varten ja varaa saattajan. Tekee varastotilauksen. Lh tilaa ruuan. Lh petaa lepohuoneen sänkyihin puhtaata petivaatteet. Lähihoitajat sopivat työnjaosta, valmistelevat tilat ja tarvikkeet. Moniammatillinen kuntoutusmeeting x 1tkko.
Tukiprosessit (esim. laskutus, henkilöstöhallinto)	Läheteläjäjärjestelmä, Pegasos-potilastietojärjestelmä (Pegasos-posti)	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä, auton varauskirja, google maps, bussikontti, ajopäiväkirja	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Kotihoito, Jamix, Pegasos-potilastietojärjestelmä, kuljetusluoto, HUR-smart touch
Ideat, huomioitavat, kipupisteet, ongelmat tms. joihin pitää vielä palata	Ammattilainen ei ole aina saavutettavissa puhelimitse, jolloin tiedonsaanti viivästyy. Lähetettä ei ole tehty, lähete puutteellinen (tavoite, suunnitelma puuttuu). Lähettävä yksikkö ei ole kirjannut loppulausuntoa.	Puhelujen tilastointi (sh)?	Arviointikäynnin kirjaus on laaja. Sosiaaliryönn resurssit vähäistä.	Tiedonkulku kotihoidolle aloituksesta peruu tulonsa.	Kuntoutuja ei ole valmistautunut, aamupala syömittä, ei vastaa puhelimeen, eikä avaa ovea. Kuntoutuja

Sairaalan aula, käytävä ja Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus; pukuhuone, wc	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus; päiväsaali	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus; päiväsaali, portaikko, kuntosali, terapiatilat, vastaanottolat, Kaskennitty, ulkotilat, terapiakeittiö	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus; päiväsaali	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus; päiväsaali, kuntosali, terapiatila
Kuntoutuja siirtyä tai apuvälineen turvin	Kuntoutuja siirtyä Kuntoutuja siirtyä Kuntoutuja siirtyä	Kuntoutuja siirtyä Kuntoutuja siirtyä Kuntoutuja siirtyä	Kuntoutuja osallistuu kuntosalin- ja aspainoryhmään/yksilö fysio- ja toimintaterapiaan, ryhmätoimintaan (ulkokoulu, kävely- ja porasharjoittelu, taukojumppa, kädenaidot). Käy sairaanhoitajan/lähihoitajan tai geriatrin vastaanotolla. Osallistuu aktivointitoimintaan. Mahdollisuus käydä ehtoollisella. Polkee moottoroitua polkulaiketta, tekee yksilöllisiä harjoituksia ohjatuna. Juo kuntosaliharjoittelun jälkeen proteiinijuoman. Saa tiedon kuntoutusjakson kestosta. Antaa jakson päätyttyä asiakaspalautteen.	Kuntoutuja syö lounaan.	Kuntoutuja osallistuu kuntosalin- ja aspainoryhmään/yksilö fysio- ja toimintaterapiaan, ryhmätoimintaan (ulkokoulu, kävely- ja porasharjoittelu, tuolijumppa, aistihuone, keskusteluryhmä). Osallistuu yksilönä taideterapiaan. Osallistuu ravitusryhmään. Polkee moottoroitua polkulaiketta, tekee yksilöllisiä harjoituksia ohjatuna. Juo kuntosaliharjoittelun jälkeen proteiinijuoman. Saa kirjalliset ohjeet (harjoitteet, lääkeohjeet, ravitusohjeet, apuvälinealaus-lomakkeen, kotikäyntiajat ja arkikuntoutussuunnitelman).
Lh ja muu sovitut henkilökunta saattaa keskukselle.	Lh ja muu sovitut henkilökunta avustaa/ohjaa tarvittaessa. Vastaanottaa kuntoutujalta saadun informaation. Antaa tarvittaessa tarvittavan apuvälineen.	Lh ottaa painon, mittaa verenpaineen ja pituuden, tarvittaessa verensokerin ja antaa insuliinin. Ottaa tarvittaessa virtsanäytteen. Laittaa tarvittaessa rannekkeen. Tarjoaa juotavaa, syötävää paastonäytteen jälkeen, kertoo päiväohjelman ja kertoo keskuksen toiminnasta. Ohjaa kognitiiviset tehtävät.	JAKSON ALUSSA: Lähihoitaja tekee tarvittaessa mittauksia (ortostaattinen, FIM, MMSE, GDS-15) ja alkuaaustattelun. Sairaanhoitaja tekee alkuaaustattelun ja toimintakyvyn mittaukset (FIM, ortostaattinen, MMSE/CERAD, MNA, GDS-15). Fysioterapeutti havainnoi, arvioi ja haastattelee kokonaisvaltaisesti toimintakykyä eri menetelmien (SPBB, TUG, Berg, Berg, Situolilla ylösnousu, 10m kävely) ja arvioi apuvälineen tarpeen ja käytön. JAKSON AIKANA: Lähihoitaja ohjaa ryhmässä (päiväsaalissa/kuntosali) yksilöllisesti, auttaa tarvittaessa wc-käynnillä. Sairaanhoitaja ohjaa lääkehoidossa (ajantasainen lääkäritys, lääkehoitoon toteutus), mittaa residuaalin, avustaa lääkärin vastaanotolla, antaa ravitusohjeita yksilöllisesti ja ryhmässä. Fysioterapeutti antaa terapiaa yksilöllisesti/ryhmässä, ohjaa kotiharjoitteet, antaa ohjeet kirjallisena ja arvioi apuvälineiden tarpeen ja ohjaa niiden käytössä. Mittaa akuutissa tarpeessa verenpaineen. Lhft antaa harjoittelun jälkeen proteiinijuoman. JAKSON LOPUSSA: Sairaanhoitaja tekee loppuaaustattelun ja arvioi toimintakyvyn FIM-mittarilla. Fysioterapeutti havainnoi, arvioi ja haastattelee kokonaisvaltaisesti toimintakykyä eri menetelmien (SPBB, TUG, Berg, Situolilla ylösnousu, 10m kävely).	Lh jakaa ruuan yhdessä laitoshuollon kanssa ja tarvittaessa antaa/muistuttaa päivälääkkeitä. Laittaa tarvittaessa sakeutusaineen nesteisiin. Mittaa tarvittaessa verensokerin ja antaa insuliinin. Auttaa tarvittaessa ruokailussa (välineet, letkuruokinta).	JAKSON ALUSSA: Toimintaterapeutti haastattelee (elämänlaatu, aikaisemmat mielenkinnoitukset) ja havainnoi kuntoutujaa (COPM, TMT, Moca). Tekee apuvälinearvion. JAKSON AIKANA: Lähihoitaja ohjaa ryhmässä (päiväsaalissa/kuntosali) yksilöllisesti, auttaa tarvittaessa wc-käynnillä. Sairaanhoitaja ohjaa lääkehoidossa (ajantasainen lääkäritys, lääkehoitoon toteutus), mittaa residuaalin, avustaa lääkärin vastaanotolla, antaa ravitusohjeita yksilöllisesti ja ryhmässä. Fysioterapeutti tekee trigger- ja faskiittisittelyä, antaa hyväälaatuisten asento- ja liikkeenhoitoa ja tekee kinesioteippaukset. Toimintaterapeutti antaa yksilöterapiaa (keittiö, yläraajaharjoitukset) ja arvioi apuvälineen tarvetta ja ohjaa niiden käytössä. Toimintaterapeutti arvioi tarvittavat kodin muutokset. Geriatrit tekee kokonaisvaltaisen geriatrisen arvon. Lhft antaa harjoittelun jälkeen proteiinijuoman. Sosiaalityöntekijä auttaa lomakkeiden täytössä. JAKSON LOPUSSA: Moniammatillinen tiimi antaa kirjalliset ohjeet (harjoitteet, lääkeohjeet, ravitusohjeet, apuvälinealaus-lomakkeen, kotikäyntiajat ja arkikuntoutussuunnitelman sekä informoi jatkoseurannasta (motivoitpuhelut 6kk seurantaikänti).
Siirtymisten ja liikkumisen havainnointi. Apuvälineiden kunnan havainnointi.	Toimintakyvyn, siirtymisten ja liikkumisen havainnointi. Välittää kuntoutujalta saadun tiedon eteenpäin moniammatilliselle tiimille. Kirjaaminen.	Lh kirjaa mittauksia, informoi poikkeavista tuloksista, vastaa kanslian puhelimeen. Muokkaa päivän suunnitelmaa tarvittaessa. Mahdollisesti suunnittelee seuraavien päivien toimintaa. Lh soittaa ja sopii kotikäyntiajoja. Ft/ftsh valmistelee tiloja, tarvikkeita ja suunnittelee terapiaa/vastaanottoja sekä tutustuu kirjauksiin.	Lhsh/ft kirjaa tehdyt mittaukset/havainnot/toteutuksen/arvioinnin hoitokertomukseen ja tiedottaa moniammatilliselle tiimille erityisesti huomioita kuntoutujan toimintakyvystä. Sh on yhteydessä omaisiin/kotihoidon esimerkiksi geriatrin vastaanotolla tulleista jatkohoito-ohjeista tai ravitsemukseen liittyen. Ft/ftsh huolehtii tilojen siisteydestä ryhmien jälkeen. Ft/ft tekee pht-tilastoinnin. Ft pidentää apuvälineiden lainausaikoja. Tu/ftsh on puhelimitse/postitse yhteydessä tarvittaessa omaisiin, kotihoidon ja kolmanteen sektoriin. Oh tilastoi käynnit keskuksella ja on yhteydessä tarvittaessa kuljetuspalveluihin.	Lh vie pöytiin juomat ja leivät. Seuraa ruokailun toteutumista. Tekee ruokailukseen (annoskoko) ja vie tiedon moniammatilliselle tiimille. Sh/ft kirjaa toteutuksen hoitokertomukseen, soittaa tarvittaessa puheluita ja tarkastaa s-postin.	Ft/ftsh/ft kirjaa toteutuksen, tilastoi ryhmät ja huolehtii tilojen ja tarvikkeiden siisteydestä, kuntoutusjakson keston jatkuva arviointi. Ft ja tt tekee kirjalliset ohjeet ja arkikuntoutussuunnitelman. Sh/ft/ft tekee kertomukseen yhteenvedon ja tarvittavat läheteet. Ft/ft käy apuvälinealaamossa (palautus, uusien haku). Ft tekee kuntosalikortin. Yhteydenpito (soitot, pegasos-posti, s-posti) kotihoidon, sairaalan poliklinikoille, Tyksiin, omaisiin ja kolmanteen sektoriin. Geriatrit tekee epiiriisiin, kirjaa kertomukseen, tekee läheteet/lausunnot, konsultoi, soittaa kuvantamistutkimuksiin, tekee varastotilauksia, kokoaa hoitajajohdehden, laskuttaa käynnit. Vie C-lausunnon sosiaalityöntekijälle/lähetää Kelaan, lähettää kuntoutujalle epiiriisiin ja jatkohoitotahoille läheteet. Sosiaalityöntekijä lähettää C-lausunnon Kelaan, tarkistaa maksukortin täyttymisen, on tarvittaessa yhteydessä omaisiin. Moniammatillinen tiimi sopii kuka toteuttaa 1kk ja 3kk motivoitpuhelut, kirjaa sovitun loppuyhteenvedon ja sopii 6kk seurantaikäntajan ja sh kirjaa ajan kalenteriin.
	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Aktivointitoiminta, sairaalapappi. Effector apuväline -ohjelma. Pegasos-potilastietojärjestelmä.	Jamix, Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä, laitoshuolto, HUR smart touch, lähetejärjestelmä, laskutusjärjestelmä
1. Apuväline kotona.	Tiedon välittäminen, tietokatkot. Kuntoutuja myöhässä, aikataulut uusiksi.		Tiedonkulku tiimin sisällä. RR-arvojen kirjaaminen.	Ruokailu pitkitty.	Tiedonkulku tiimin sisällä. Ajankäyttö, asioiden hoitamiseen menee aikaa, kaikkia ei tavoita. Lh näkemys loppuyhteenvedon? Vastuunjakko, lausunnot?

Kaskenlinnan päiväsaali, Palvelutodiste; arkikuntoutussuunnitelma, reseptit ja lääkerohjeet, kotiharjoitteluojelma, esitteet ja tiedote (esim. kotikäyntiaika, jakson päättymispäivä). Jakson lopuksi kiitoskortti.	Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen pukuhuone ja wc	Kaskenlinnan sairaalan aula	Taksi	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan toimintaympäristö	Kuntoutujan koti. Palvelutodiste; kutsu	
Kuntoutuja juo päiväkahvin ja saa arkikuntoutussuunnitelman, reseptit, ohjeet, tiedotteet (kotikäyntiaika) ja kiitoskortin.	Kuntoutuja pukee päällysvaatteet ja vaihtaa ulkokengät sekä käy wc:ssä. Tarvittaessa vaihtaa apuvälineen.	Kuntoutuja siirtyy sairaalan aulaan odottamaan kuljetusta.	Kuntoutuja siirtyy taksiin.	Kuntoutuja sopii kotikäyntiajan.	Kuntoutuja ottaa vastaan/ saapuu sovittuun paikkaan. Kuntoutuja harjoittelee omien tavoitteiden mukaisia toimintoja (kaupassa käynti, linja-auto, kuntosal, kerhot, liikkuminen lähiympäristössä, keittiötoiminnot, ADL-toiminnot, omat harjoitteet). Sopii seuraavan kotikäyntiajan.	Kuntoutuja vastaa puheluun kuntoutuskeskukselta tai tapaa Ft/tn sovitussa paikassa.	Kuntoutuja vastaa puheluun kuntoutuskeskukselta tai tapaa Ft/tn sovitussa paikassa.	Kuntoutuja saa postitse kutsun 5kk seurantaikäynnille.	
Lh tarjoaa kahvin. Lukee kiitoskortin.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	Moniammatillinen tiimi sopii kuntoutujan kanssa kotikäyntiajan.	Ft/tn/sh/llh ohjaa ja neuvoo harjoitteiden toteuttamisessa. Omaisten ohjaaminen. Sopii seuraavan kotikäyntiajan.	Moniammatillisen tiimin jäsen soittaa 1kk motivointipuhelun kuntoutujalle/tapaa kuntoutujan, tarkastaa arkikuntoutussuunnitelman toteutumisen sekä voinnin että toimintakyvyn.	Moniammatillisen tiimin jäsen soittaa 3kk motivointipuhelun kuntoutujalle/tapaa kuntoutujan ja tarkastaa arkikuntoutussuunnitelman toteutumisen sekä voinnin että toimintakyvyn.	Osastonhoitaja soittaa kuntoutujalle; tarkastaa ruokavaliion, apuvälineen ja varmistaa tulon.	
Laitoshuoltaja laittaa kahvin ja kupit valmiiksi.				Moniammatillinen tiimi ilmoittaa kotikäynnistä tarvittaessa kotihoidolle, omaiselle ja kolmannelle sektorille ja kirjaa sovitun ajan hoitokertomukseen.	Moniammatillinen tiimi suunnittelee ajankäytön, reitin ja liikkumisvälineen (auto, pyörä, bussikortti), siirtyy sovittuun paikkaan. Varaa tarvittavat välineet mukaan. Kirjaa ja tilastoi käynnin.	Ft/tn soittaa edeltävästi kuntoutujalle tapaamisesta. Moniammatillisen tiimin jäsen tutustuu edeltävästi potilastietoihin. Tilastoi puhelun. Tarvittaessa ollaan yhteydessä kotihoitoon/omaiseen soiton jälkeen.	Ft/tn soittaa edeltävästi kuntoutujalle tapaamisesta. Moniammatillisen tiimin jäsen tutustuu edeltävästi potilastietoihin. Tarvittaessa ollaan yhteydessä kotihoitoon/omaiseen soiton jälkeen. Tilastoi puhelun.	Osastosihteeri laatii ja postittaa kutsun. Osastonhoitaja tilaa kyydin.	
laitoshuolto				Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Kuljetus, Pegasos-potilastietojärjestelmä	
Laitoshuoltaja ei ole paikalla. Välpalan sisältö.	Ahtaat tilat, kaikki yhtä aikaa pukeutunassa. Apuvälineitä runsaasti, kaatumisriski.	Odottaminen, kuljetusaikataulujen pettäminen. Tuoleja vähän aulaassa.	Taksiin siirtymisessä on kaatumisriski. Kuljetus vie aina kotiin asti.	Kuntoutuja unohtaa sovitun käynnin, päällekkäisiä varauksia. Peruutukset kustannusten vuoksi.	Tuplatilastointi (esh- ja pth-tilastointi). Kuntoutuja ei muista käyntiä, ei ole paikalla.	Kuntoutujan ei saa yhteyttä. Kuntoutuja ei ole toteuttanut arkikuntoutussuunnitelmaa. Ajankäytön suunnittelu.	Kuntoutujan ei saa yhteyttä. Kuntoutuja ei ole toteuttanut arkikuntoutussuunnitelmaa, mitä tehdään? Ajankäytön suunnittelu.	Peruutusten kirjaus, jatko suunnitelma (puhelu?)	

Kuntoutujan koti	Taksi	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus	Kaskenlinnan kuntoutuskeskus.	kuntoutuskeskus. Palvelutodiste: arkikuntoutussuunnitelma, uudet harjoitusohjeet, tarvittaessa lähete jatkohoitoon, reseptit	Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen pukuhuone ja wc	Kaskenlinnan sairaalan aula	Taksi	
Valmistautuu seuranta-apiväin itsenäisesti tai tuetusti. Vastaa kuljettajan soittoon.	Kuntoutuja tulee taksilla keskukselle.	Kuntoutuja siirtyy keskukselle kävellen tai apuvälineen turvin.	Kuntoutuja riisuu päällysvaatteet ja vaihtaa tarvittaessa vaatteet ja sisäkengät. Käy tarvittaessa wc:ssä. Tarvittaessa tuo esille mahdolliset terveydentilan/toimintakyvyn ongelmat.	Kuntoutuja siirtyy päiväsaliin. Käy vaa'alla, pt-kuntoutujat toisessa yksikössä pt-va'a'alla, juo, tutustuu päivän ohjelmaan (taulu). Aloittaa kognitiivisten tehtävien teon. Tutustuu muihin kuntoutujiin.	Kuntoutuja käy shlt ja ft vastaanotolla ja tarvittaessa lääkärin vo:lla. Osallistuu kuntoutavan arjen suunnitteluun. Osallistuu päiväsalitoimintaan.	Kuntoutuja syö lounaan ja juo päiväkahvin. Kuntoutuja saa mahdollisen päivitetyn arkikuntoutussuunnitelman, kotiharjoitusohjeet, esitteet harrastuksista, päivitetyn lääkeohjeen, ravitusohjeet, tarvittaessa reseptit.	Kuntoutuja pukee päällysvaatteet ja vaihtaa ulkokengät sekä käy wc:ssä. Tarvittaessa vaihtaa apuvälineen.	Kuntoutuja siirtyy sairaalan aulaan odottamaan kuljetusta.	Kuntoutuja siirtyy taksiiin.	
	Lh vastaanottaa kuntoutujan taksista.	Lh saattaa keskukselle.	Lh avustaa/ohjaa tarvittaessa. Vastaanottaa kuntoutujalta saadun informaation.	Lh ohjaa vaaalle, tarjoaa juotavaa, käy läpi päivän ohjelman.	Ft tekee toimintakykymitaukset (TUG, Berg, 10m kävely, 5x tuolilta ylösnousu). Tt tekee COPM, tarvittaessa Tmt ja Moca. Sh tekee 6lk haastattelun, FIM, MNA, tarvittaessa GDS-15, MMSE/ICERAD, käy läpi lääkelistan. Moniammatillinen tiimi haastattelee kokonaisvaltaisesti voinnista ja toimintakyvystä. ottaa tarvittaessa vastaan akuutit asiat, muistikontrolit ja lääkityksen tarkistus. Lh ohjaa päiväsalitoimintaa.	Lähihoitaja laittaa esille juomat, leivät, tarjoilee ruuan ja päiväkahvin. Moniammatillinen tiimi antaa mahdollisen päivitetyn arkikuntoutussuunnitelman, kotiharjoitusohjeet, esitteet harrastuksista, päivitetyn lääkeohjeen, ravitusohjeet, tarvittaessa reseptit.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	Henkilökunta ohjaa ja auttaa tarvittaessa.	
Osastosihteeri ottaa esille hoitojakson paperit. Moniammatillinen tiimi käy läpi kuntoutujan tiedot jaksolta ja jaksos päättymisen jälkeen sekä suunnittelee päivän aikataulun. Lh suunnittelee päiväsalitoiminnan.	Moniammatillinen tiimi valmistelee tilat ja välineet. Kirjaa päiväsalin taululle vastaanottojen aikataulun.	Tiedon välittäminen tiimeille ja tiimi kirjaa.			Ftt päivittää arkikuntoutussuunnitelman haastattelun pohjalta. Moniammatillinen tiimi kirjaa toteutuksen, havainnot ja arvioinnin jokainen ammattiryhmän omalle lehdelle (HDI, FYST, TOI). Ftt/sh on tarvittaessa yhteydessä kotihoitoon, kolmanteen sektoriin, kotihoidon/Tilhon fysioterapiaan. Ft/sh/lääkäri tekee tarvittavat läheteet (esim. päiväkuntoutus, muistikoordinaattori, apuvälineteknikko, tasapainokoulu). Tt tekee tarvittavat hakemukset ja lausunnot. Tarvittaessa ollaan yhteydessä kotihoitoon/omaiseen.	Lähihoitaja keittää kahvin ja laittaa valmiiksi kahviaziat. Osastonhoitaja tilastoi käynnin. Ftt tekee pth-tilastoinnin.				
	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä	Pegasos-potilastietojärjestelmä, laitoshuolto	Pegasos-potilastietojärjestelmä					
Tarvittavien toimenpiteiden ennakointi hankalaa.	Kuntoutuja ei tule keskukselle, aikataulumuutokset.				Tiimillä vähän aikaa yhteiseen keskusteluun. Aikataulu tiukka. Lääkäri ei aina saatavilla mikäli jotain mihin ei ole ennalta valmistauduttu.					

RUUTU -arviointi

<p>Minkä painoarvoa tulee jatkossa vähentää?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ylimääräistä kirjausta/toistoa eri ammattiryhmien kesken tulisi vähentää/priorisoida</i> • <i>Tuplatilastointi terapeutit</i> • <i>Mittaamista mittauksen vuoksi. Testit testien vuoksi</i> • <i>Kirjaaminen</i> • <i>Sosiaalinen aktiviteetti, esim. muistipelailu, askartelu pitää olla vain siitä hyötyville potilaille (AVH-potilaan-silmä-käsikoordinaatioharjoitteena tai hahmotusoireita kuntouttavana... ehkä myös yksinäisille piristeenä) eikä automaatio kaikille keskuskävijöille.</i> 	<p>Minkä painoarvoa tulee jatkossa vahvistaa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ravitsemussuositusten mukainen välipalan tarjoaminen esim. smootchie/proteiinipitoinen välipala</i> • <i>Kuntoutujien välipalojen terveellisyys</i> • <i>Psykiatrisen sh:n hyödyntäminen jaksolla, tiiviimpi yhteistyö kuntoutuksen edistämiseksi</i> • <i>Liukumäkitoiminnan vahvistaminen</i> • <i>Tiedonkulun välittäminen ammattiryhmistä riippumatta. Kokonaisuksen muodostaminen helpompaa, jolloin kuntoutujien asioiden hoitaminen sujuvampaa.</i> • <i>Aikatauluissa pysyminen esim. aamupalavereiden osalta, kunnioittaa toisten työaika ja valmistautumista päivää. Klo 7.55 kirjaamaan taululle ja suunnitelmat tehdään blokkien kesken, ei kaikkien kuullen salissa.</i> • <i>Näkyvyyttä kuntoutujille</i> • <i>Uusissa tiloissa erilainen tilajärjestely. Aamuisin vastaanottamassa enemmän väkeä ja iltapäivällä saatamassa kotimatkaa muutkin kuin lähihoitajat.</i> • <i>Aistihuoneen käyttö lounaan jälkeen -rentoutuminen ja hengähdystauko</i> • <i>Kuntoutusjakso pitäisi olla reilusti niin pitkä, että fyysinen toimintakyky oikeasti ehtii korjaantua ja kunto kohentua. (vrt. tasapainokoulunkin jaksot ovat 15krt.) (6 kertaa meillä ja sitten jo heti ketjutus jonnekin muualle on mielestäni huono asia.)</i> • <i>Tiimityön kehittäminen edelleen</i> • <i>Sosiaalityöntekijän rooli tulisi olla selvästi aktiivinen ja oma-aloitteinen potilaan taloudellisten haastei-</i>
---	--

	<p>den/etuuksien/sosiaalisten ongelmien hoitamisessa, eikä toteutua ainoastaan konsultaatiota pyydettyessä.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutusjakson päättymisen syy tulisi olla aina selvä loppukirjauksessa. Onko tavoite saavutettu, jos on niin mikä, jos ei niin miksi. Jos kuntoutus päätetään tai muokataan potilaan motivaatio-ongelmiin liittyen, täytyy alussa olla potilaan kanssa käytynä läpi raamit (kirjallisesti jopa?), joita motivaatiolta vaaditaan jakson aikana.
<p>Mikä on toiminnassamme turhaa, mistä voimme jatkossa kenties luopua?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testien tarpeellisuus, testejä ei tehdä vaan testauksen vuoksi vaan niistä olisi oikea hyöty kuntoutujalle • Pitkät päivät eivät sovi kaikille • Kuntoutus pitäisi eriyttää pelkästä ohjauksesta. Jos potilaalle toteutuu vain muutama ohjauksikäynti tai muutama keskuspäivä, niin se pitäisi merkata ja tilastoida ohjaukseksi/arvioinniksi eikä kuntoutukseksi 	<p>Mitä toiminnastamme puuttuu, mitä uutta meidän tulisi luoda?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etäkuntoutus (s-postin luominen) • Ryhmäohjaukset/tietoiskut esim. ravitsemus, uni (kaikille kuntoutujille) • Kaskun toiminnan mainostaminen/tiedottaminen, moniammatillisen osaamisen jakaminen • Avoimien ovien päivä ammattilaisille • Terveystiedotteet kuntoutujille vaihtuvien aiheiden, vuoroviikoin sh, ft, tt pitäminä ennen kahvia 15-30 min • Valokuvat mukaan aina viimeisenä keskuspäivänä ovat olleet tykättyjä, voidaan liittää myös arkikuntoutussuunnitelmaan • Psykiatrisen sairaanhoitajan tarve – kuntoutus junnaa psyk. ongelman vuoksi • Sosiaalityöntekijä, joka vain Kaskun käytössä (edelleen muut ammattiryhmät hoitavat sossun ”hommat”) • GERVO-vastaanoton järjestelmällisempi kuuluminen kaikille, vaikka kuntoutus pelkästään kotikäynteinä • Lyhyempi/porrastettu kuntoutuspäivä • Vahva Nepsy-konsultaatiolinja tai jopa osaaaja työntekijöidemme joukkoon • Suora linja tai jopa itse toteutettu Voitas/Tasapainokoulu- tyyppinen jatko potilaille, jotka ovat valmiit

	<p>moniammatillisesta kuntoutuksesta ja jatkaisivat vielä fyysistä ryhmäkuntoutusta. Tässä on turha taas jonotella/soitella/lähetellä, kun todella monien jakson perään tällaisesta vielä hyötyä olisi. Eri palveluiden ketjutusta saataisiin vähemmäksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyvä yhteys vaikka Fingeroos-säätiöön, jotta sieltä saataisiin 3.sektori monipuolisesti mukaan jo toimintaan keskukselta ja jatkamaan kuntoutujien kanssa.
<p>Mitä tuloksia ja vaikutuksia toiminnalla on saatu aikaiseksi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutujat saaneet elämäniloa ja uutta sisältöä arkeen. Intensiivistä ja monialaista kuntoutusta, kokonaisvaltainen, joka kantaa pitkälle. • Kuulluksi tuleminen tunne. Kokemus ihmisenä kohtelusta, eikä potilaana. Tasavertaisuus. • Sairaalajaksoja ei ole tullut uusia tai se on siirtynyt. 	
<p>Ketkä tai mitkä tahot hyötyvät toiminnasta, ja miten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne kuntoutujat, joilla toimintakyky laskenut nopeasti ja joilla halu ja motivaatio kuntoutua. Jatkovat aktiivista arkea arkikuntoutussuunnitelman mukaan. • Motivoituneet, jo aiemmin aktiiviset ikäihmiset. Henkisen puolen piristyminen/voimaantuminen. • Kuntoutujat, jotka pystyvät sisäistämään asioita, jolloin hyötyvät ohjauksesta ja pystyvät käyttämään ohjeita arjessa. • Motivaatio kuntoutujilla (ei välttämättä heti motivoitu, mutta ovat motivoitavissa). • Toimintakyky ollut aiemmin hyvä/kohtalainen – ollut aktiivinen kotona/kotiympäristössä 	

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pidemmälle edennyt muistisairaus – ei pidempiaikaista hyötyä.</i> • <i>Kuntoutujat, joita pitkälti kannateltu koko jakson – ei pidempiaikaista hyötyä.</i> 	
<p>Kehittämiskohteet jatkossa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tietoiskut kuntoutujille; esim. verenpaine, suun terveydenhuolto, uni, liikunta</i> • <i>Kutsunappi/radiopuhelimet blokkien huoneisiin. Kun päiväsalissa ”tilanne päällä”, apua tarvitaan, ei tarvitse huutaa tai juosta portaita ylös.</i> • <i>Valokuvat kuntoutujasta, annetaan mukaan viimeisenä keskuspäivänä.</i> • <i>Kuntoutuksen etenemisen keskustelu yhdessä tiimin ja kuntoutujan kanssa ja jakson loppumisen tiedoksianto.</i> • <i>Arkikuntoutussuunnitelman käytännöt yhtenäisiksi.</i> • <i>Välipalan tekeminen (kenen vastuulla?); rahka, jogurtti, hedelmä, leipä, smoothie, juhlapyyhinä vain makeaa.</i> 	