

Minna Rajala

MONIAMMATTILLINEN KOTIKUNTOUTUSMALLI
PORIN PERUSTURVAN KOTIHOITON

Vanhustyön koulutusohjelma
Geronomi AMK
2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

Moniammatillinen kotikuntoutusmalli Porin Perusturvan kotihoitoon

Rajala, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Joulukuu 2016
Ohjaaja: Hautala, Päivi-Maria
Sivumäärä:52
Liitteitä:1

Asiasanat: ikääntyneet, fyysinen toimintakyky, kotihoito, moniammatillisuus, kotikuntoutus.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda moniammatillinen kotikuntoutusmalli Porin perusturvan kotihoitoon ja osatavoitteina oli laatia kotihoidon kuntoutusvastaavan työnkuva sekä malli kotikuntoutussuunnitelmasta osana asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Työn tarkoituksena on olla perustana Porin perusturvan kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden yhteistyön kehittämiseksi, jossa iäkkään asiakkaan moniammatillinen kotikuntoutus olisi osa päivittäistä kotihoitoa.

Opinnäytetyöni on kehittämistoimintaan tähtäävä työ, jossa on tutkimuksellisia piirteitä. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin parastamista eli benchmarking-menetelmää, samasta aiheesta aikaisempien kehittämisraporttien läpikäymistä sekä kyselyä. Opinnäytetyöni olen esitellyt Porin perusturvan vanhuspalvelupäälliköistä ja kuntoutuspalveluiden esimiehestä koostuvalle asiantuntijaryhmälle ja saanut heiltä kirjallisen kyselyn muodossa arvion toimintamallista.

Asiantuntijaryhmän mukaan opinnäytetyönäni luomani toimintamalli arvioitiin hyväksi lähtökohdaksi toiminnan kehittämiseksi yhteistyössä Porin perusturvan vanhuspalveluiden ja kuntoutuspalveluiden kesken. Kuntoutusvastaavien nimeämistä kotihoidon tiimeihin kannatettiin, mutta arviokäytien tekeminen asiakkaalle nähtiin kuuluvan jokaisen kotihoidon työntekijän tehtäviin. Asiakkaan fyysisen toimintakyvyn arviointiin, harjoittamiseen ja seurantaan voitaisiin näin ollen kouluttaa kaikki kotihoidon työntekijät. Toimintakykymittarin käyttöä toivottiin pilotoitavan. Opinnäytetyöni tuotoksena syntyi kotikuntoutustoimintamalli ja kotikuntoutussuunnitelmalomake.

MULTIDISCIPLINARY MODEL OF REHABILITATING ELDERLY AT HOME CARE FOR PORIN PERUSTURVA

Rajala, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Elderly care

December 2016

Supervisor: Hautala, Päivi-Maria

Number of pages:52

Appendices:1

Key words: elderly, physical function, home care, multidisciplinary, rehabilitating elderly in the home care

The aim of this thesis was to create a multidisciplinary model of rehabilitating the elderly at home for Porin perusturva's primary home care. A part of the purpose of the thesis was to create a job description for the supervisor of rehabilitation team in the primary home care. And the second part was to create a model of rehabilitating an elder to home care as part of the nursing and attendance plan. The purpose of this thesis is also to lay the groundwork for the co-operation between primary elderly home care and primary rehabilitation in the Porin Perusturva region. The goal is that the multidisciplinary rehabilitation would be part of daily home care work.

My thesis aims for development activity. The method of collecting data was benchmarking, going through earlier development activity reports and interviews. I have presented this thesis to a group of experts consisting of Porin perusturva's chiefs of primary elderly care and executive of rehabilitation. I received a written evaluation of this operation model as an answer to my inquiry.

According to the group of experts, the model of operation shown in my thesis is a good starting point for development in co-operation with Porin perusturva's primary an elderly care and rehabilitation services. They agreed that there should be named supervisors in the rehabilitation team at each of the home care units. However, they believed that it is each home care unit's own responsibility to evaluate an elderly clients' function at home. All workers at the home care unit could be trained for the evaluation, training and tracking of the clients' physical function. The usage of performance measuring of elderly clients' physical function was wished to be piloted. As the result of this thesis the model of rehabilitating an elder at home care was created, as well as a form for the planning of rehabilitating an elder at home.

SISÄLLYS

JOHDANTO	7
1 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	9
1.1 Päätaivoite	9
1.2 Osataivoitteet.....	9
1.3 Tutkimusmenetelmä.....	10
1.4 Teoreettinen viitekehys ja aineiston hankinta	10
1.5 Tutkimuseettiset periaatteet ja toimintamallin arvioiminen.....	11
1.6 Kohderyhmä.....	11
2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA KOTIHOITO	12
2.1 Ikääntyneen toimintakyky	12
2.2 Fyysistä toimintakykyä tukeva kotihoito	13
2.3 Moniammatillinen kotikuntoutus kotihoidossa.....	14
2.3.1 Moniammatillista kotikuntoutusta ulkomailla	16
2.3.2 Moniammatillista kotikuntoutusta Suomessa	19
2.4 Kotikuntoutussuunnitelma	19
2.5 Kuntoutusvastaava kotihoidossa	20
3 ESIMERKKEJÄ KOTIHOIDON KOTIKUNTOUTUSMALLEISTA SUOMESSA	21
3.1 Eksoten kotikuntoutus	21
3.1.1 Toimintakykymittarit Eksotessa.....	22
3.1.2 Kuntoutumisvastaava Eksotessa	23
3.1.3 Kuntoutumissuunnitelma Eksotessa	23
3.2 Helsingin kotihoidossa vanhuksen toiminta- ja liikuntakyvyn tukeminen	24
3.2.1 Helsingin kotihoidon muutosagentit	25
3.2.2 Helsingin kotihoidon toimintakykymittarit.....	25
3.2.3 Helsingin kotihoidon liikkumissopimus	25
3.3 Tampereen kaupungin kotikuntoutus.....	26
3.3.1 Kotikuntoutuksen työntekijät	27
3.3.2 Kotikuntoutuksen toimintakykymittarit	27
3.3.3 Kuntoutumissuunnitelma	28
3.4 Posan kotihoidon kehittämishanke.....	29
3.4.1 Posan kotihoidon hyvinvointisopimusmalli.....	29
3.4.2 Hyvinvointisopimuksessa käytetyt toimintakykymittarit	30
4 PORIN PERUSTURVAN KOTIHOIDON MONIAMMATILLINEN KOTIKUNTOUTUSMALLI	31
4.1 Porin Perusturvan kotihoidon organisaatio	31

4.2 Porin perusturvan kotiin annettavien palvelujen fysioterapeuttien ehdotus kotihoidon kuntoutustoiminnan kehittämiseksi	32
4.3 Porin Perusturvan kotihoidon moniammatillinen kotikuntoutusmalli	35
4.3.1 Ensimmäinen arviokäynti.....	36
4.3.2 Toinen arviokäynti	36
4.3.3 Kotikuntoutussuunnitelma osaksi hoito- ja palvelussuunnitelmaa	37
4.3.4 Kotikuntoutussuunnitelman toteuttaminen	37
4.3.5 Kotikuntoutussuunnitelman seuranta, arviointi ja päivittäminen.....	37
4.4 Kuntoutusvastaavan toimenkuva Porin Perusturvan kotihoitoon	38
4.5 Porin perusturvan kotihoidon asiakkaan kotikuntoutussuunnitelma.....	39
4.5.1 Haastattelu: asiakkaan toimintakyky nyt	39
4.5.2 SPPB-testi	39
4.5.3 Omat toiveet ja tavoitteet	40
4.5.4 Harjoitusohjelma	41
4.5.5 Seurantakäynti.....	41
5 TOIMINTAMALLIN ARVIOINTIA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
5.1 Arviointikysely asiantuntijaryhmälle	41
5.2 Arviointikyselyn vastaukset	42
5.3 Toimintamallin toimivuus asiantuntijoiden mielestä.....	43
5.4 Uusittu versio Porin perusturvan kotihoidon moniammatillisesta kotikuntoutusmallista	45
5.5 Toimintamallin siirtäminen käytäntöön	46
6 POHDINTA	46
LÄHTEET.....	49
LIITTEET	

LYHENTEET

ADL	Päivittäiset toiminnot (Activities of Daily Living)
IADL	Välineelliset päivittäiset toiminnot (Instrumental Activities of Daily Living)
MMSE	Lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti (Mini-Mental State Examination)
RAI	Standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen
RAI-HC	Kotihoidon RAI-mittari
RAVA	Mittari, jolla arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja avuntarvetta
SPPB	Lyhyt fyysinen suorituskyvyn testistö (Short Physical Performance Battery)
TUG	Fyysisen toimintakyvyn testi (Timed up and go Test)

JOHDANTO

Ikääntyvässä Suomessa tärkeimpiä varaustoimia on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Hyvän vanhuuden turvaaminen mahdollistuu nykyisten rakenteiden ja palveluiden muutoksella. Palvelujen rakennemuutos vaatii palveluiden sisällön sekä iäkkäiden parissa toimivien osaamisen kehittämistä. Ensisijalla on kotiin annettavat palvelut ja niiden kehittäminen, jotta iäkkään on mahdollista asua kotona. Palvelut, jotka lisäävät tervettä ikääntymistä ja toimintakykyä, sekä monialainen kuntoutus ovat tärkeässä osassa kotiin tuotavien palveluiden kokonaisuudessa. (STM www-sivut 2016.)

Vanhuspalvelulain voimaan astumisen myötä vuodesta 2013 on Suomessa kehitetty laajasti ikääntyneiden kotiin annettavia palveluja esim. Kaste –hankkeissa kuten Kotona kokonainen elämä -hanke 2013 – 2015, Yhteisvoimin kotona -hanke 2014 – 2016 tai SenioriKaste -hanke 2014 – 2015. Näissä kaikissa hankkeissa on kehitetty ikääntyneen toimintakyvyn edistämiseen ja kuntoutumiseen tähtääviä toimintatapoja kotona asumisen mahdollistamiseksi.

Työskentelen Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluissa fysioterapeuttina. Olen keskustellut työpaikallani usean eri ammattiryhmän edustajan kanssa ajatuksistani kehittää geronomiopintojeni opinnäytetyönä kotikuntoutustoimintamallin Porin perusturvan vanhuspalveluiden kotihoitoon. Olen saanut myönteistä kannustusta asian edistämiseen sekä fysioterapeuteilta, kotihoidon työntekijöiltä että geriatriltakin.

Kotiin annettavien palveluiden tarve on kasvanut vanhusväestön määrän lisääntyessä ja toisaalta myös laitoshoidon vähentymisen seurauksena. Porin perusturvan kuntoutus- ja sairaalapalveluissa on kehitetty jo parin vuoden ajan ”seinätön sairaala”-toimintamallia, jossa palveluita pyritään tuomaan mahdollisimman paljon asiakkaalle kotiin, mm. mobiililääkärin palveluita. Myös kotiutustiimitoiminta alkoi vuoden 2015 joulukuussa. Kotiutustiimi tukee asiakasta, joka ei kuulu säännöllisen kotihoidon piiriin,

sairaalasta kotiutuessa. Kotiutustiimissä ei ole omaa fysioterapeuttia, mutta kuntoutuspalveluista on lisätty fysioterapiaresurssia kotiin annettaviin palveluihin. Kaikilla näillä mobiilipalveluilla on tavoitteena tukea asiakkaan kotona selviytymistä.

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 pykälässä 13 todetaan: ”Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennaltaehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin.”

Porin perusturvan vanhuspalveluiden asiakaslähtöisenä tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä mahdollistaa ikäihmisen asuminen kotona niin kauan kuin se ihmisarvoa kunnioittaen on tarkoituksenmukaista. Valtakunnallisesti on tavoitteena vähentää pitkäaikaislaitoshoitoa ja edistää kotona asumista mahdollisimman pitkään. Laitosmaista asumis- ja palveluasumistuotantoa on vähennetty ja kotiin tai palveluasumiseen suunnattua palvelua on lisätty myös Porin perusturvan vanhuspalveluissa (Porin kaupungin www-sivut 2016.)

Olen ollut yhteydessä Porin perusturvan vanhuspalvelujohtajaan Pirjo Rehulaan, jonka mielestä nyt on aika kehittää uutta kotikuntoutusta. Vanhuspalveluiden tavoitteena on tukea mahdollisimman pitkään ikäihmisen kotona asumista. Näin opinnäytetyöni aihe on työelämälähtöinen.

Suomessa on viime vuosina toteutunut useita eri hankkeita, joissa on kehitetty kotiin annettavia kuntoutuspalveluja ikääntyneiden kotona asumista tukemaan. Olen valinnut tähän opinnäytetyöhön esimerkiksi neljä eri kotikuntoutusmallia; Helsingin kaupungin, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin, Tampereen kaupungin ja Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän mallit.

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi syksyllä 2015 ja helmikuussa 2016 Porin perusturvan vanhuspalvelujohtaja Pirjo Rehula myönsi tutkimusluvan opinnäytetyölleni, jonka jälkeen sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin. Kevään ja kesän 2016 aikana hankin ja perehdyin aineistomateriaaliin. Opinnäytetyön varsinainen kirjoittaminen al-

koi elokuussa 2016. Laatimani toimintamallin esittelin Porin perusturvan vanhuspalvelupäälliköille, vs. vanhuspalvelujohtajalle ja kuntoutuspalveluiden esimiehelle 17.11.2016 ja pyysin heitä arvioimaan mallia kyselyyn vastaamalla. Heidän antaman arvion kirjasin osaksi opinnäytetyötäni. Opinnäytetyöni valmistuu joulukuussa 2016.

1 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

1.1 Päätaavoite

Opinnäytetyöni päätaavoitteena on kehittää Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella kotihoitoa niin, että asiakkaan yksilöllinen kotikuntoutus on osa päivittäistä kotihoitoa. Taavoitteenani on luoda toimintamalli, jossa jokaisessa kotihoidon tiimissä on kuntoutusvastaava henkilö. Toimintamallissa kuntoutusvastaavan tehtävään kuuluu motivoida oman tiimin henkilökuntaa aktivoivan, kuntouttavan työtteen toteuttamiseen asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa. Kuntoutusvastaava osallistuu asiakkaan kotikuntoutussuunnitelman laadintaan yhteistyössä fysioterapeutin kanssa ja seuraa sekä arvioi asiakkaan toimintakyvyn muutoksia kotikuntoutussuunnitelman mukaisesti. Lisäksi kuntoutusvastaava toimii kotihoidon tiimin ja fysioterapiapalveluiden välillä yhdyshenkilönä.

1.2 Osataavoitteet

Osataavoitteena on luoda kuntoutusvastaavan työnkuva ja suunnitella moniammatillinen työnjako kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa.

Toisena osataavoitteena on luoda malli asiakkaan yksilöllisestä kotikuntoutussuunnitelmasta osana asiakkaan kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Henkilökohtaisena taavoitteenani on oppia tekemään työelämälähtöistä kehittämistyötä hyödyntämällä geronomiopinnoista saamaani gerontologista osaamista yhdistettynä 25 vuoden työkokemukseeni fysioterapeuttina ja oppia tekemään tutkimus- ja kehittämistyön kriteerit täyttävä opinnäytetyö.

1.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on kehittämistoimintaan tähtäävä työ, jossa on tutkimuksellisia piirteitä. Se eroaa toiminnallisesta kehittämistyöstä siltä osin, ettei toimintamallin kehittämiseksi ole aloitettu tässä vaiheessa varsinaista käytännön toimintaa. Olen käyttänyt kehittämismenetelminä parastamista eli benchmarking-menetelmää, menetelmäkirjallisuuden hyväksikäyttöä, samasta aiheesta aikaisempien kehittämisraporttien läpikäymistä sekä lisäksi aineistonkeruumenetelmänä kyselyä. (Salonen 2013, 23.) Kehittämistutkimuksella pyritään kehittämään jotain asiaa paremmaksi. Siinä on tavoitteena löytää parempia vaihtoehtoja asiantiloille. (Kananen 2012, 44.) Kehittämistoiminnan tuloksena syntyy tuotos, joka sisältää uuden tiedon lisäksi, esim. toimintavan, joka on aiempaa parempi tai aivan uusi (Salonen 2013, 25.)

Parastaminen (benchmarking) on oppia esikuvilta. Se on menetelmä, jolla kehitetään omaa toimintaa vertaamalla sitä muualla tapahtuvaan parhaaseen tai sujuvampaan toimintaan. Tarkoituksena on löytää tietoja ja taitoja, joilla voi omaa toimintaa kehittää. Parastamista voidaan toteuttaa esim. tapaamisten avulla tai hakemalla tietoa hyvistä käytännöistä eri julkaisuista, kirjoista, artikkeleista sekä yritysten tai järjestöjen internetsivuilta. (Lyytikäinen 2013.)

1.4 Teoreettinen viitekehys ja aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön keskeisiä asiasisältöjä ovat: ikääntyvä, fyysistä toimintakykyä tukeva kotihoito, moniammatillinen kotikuntoutus, kotikuntoutussuunnitelma, kuntoutusvastaava kotihoidossa.

Toimintamallin kehittämiseksi aion aineistosta selvittää vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on kuntoutusvastaavan työnkuva?
2. Mitä mittareita käytetään kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa?
3. Millainen on asiakkaan kotikuntoutussuunnitelma?

Näihin kysymyksiin haen vastauksia eri lähteistä, kuten raporteista, julkaisuista ja dokumenteista, vastaavien toimintamallien toteutumisesta eri puolilta Suomea. Lisää aineistoa kehittämistehtävääni olen saanut Porin Perusturvan kuntoutuspalveluiden kotihoidossa toimivilta fysioterapeuteilta sekä asiantuntijaryhmälle laatimani kyselyn avulla. Olen osallistunut Yhteisvoimin kotona hankkeen kahteen seminaaripäivään, joiden asiantuntijaluentojen aineistoa olen hyödyntänyt työssäni. Parastamalla ja vertailemalla saamiani tietoja tästä teoreettisesta aineistosta laadin toimintamallin. Moniammatillista kotikuntoutusta kotihoidossa on kehitetty useilla eri paikkakunnilla, esimerkiksi Helsingissä, Tampereella ja Lappeenrannassa.

1.5 Tutkimuseettiset periaatteet ja toimintamallin arvioiminen

Tulen noudattamaan kaikissa opinnäytetyöni vaiheissa hyviä tieteellisen työn periaatteita ja toimimaan eettisesti hyväksyttävällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä periaatteita ovat mm. rehellisyys, luotettavuus, tarkkuus, avoimuus ja vastuullisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2015.)

Jotta tutkimukseni täyttää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit, tulen esittelemään valmiin toimintamallin asiantuntijaryhmälle ja pyydän heitä arvioimaan mallin toimivuutta. Osan kehittämistehtävän aineistosta kerään siis laadullisen tutkimusmenetelmän kyselyn avulla.

1.6 Kohderyhmä

Opinnäytetyönäni kehitelty toimintamalli palvelee Porin Perusturvan kotihoidon työntekijöitä ja kotihoidossa toimivia kuntoutuspalveluiden fysioterapeutteja ja kuntohoitajia. Uuden toimintamallin avulla pyritään antamaan kotihoidon työntekijöille työkaluja ja moniammatillista tukea ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, harjoittamiseen ja seurantaan. Toimintamallissa selkiytetään kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden työntekijöiden yhteistyötä kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa.

2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA KOTIHOITO

2.1 Ikääntyneen toimintakyky

Toimintakyky on ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään. Toimintakyky jaetaan fyysiseen toimintakykyyn (ulkona liikkuminen, kävely tai kotitöiden tekeminen), psyykkiseen toimintakykyyn (kognitio ja mieliala) ja sosiaaliseen toimintakykyyn (yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys). Toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat: yksilö itse ja hänen elämäntapansa, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. (Pitkälä, Valvanne & Huusko. 2010.)

Vanhenemiseen ja pitkäaikaissairauksiin voi liittyä asteittaista toimintakyvyn heikentymistä, mikä saattaa näkyä vaikeutena selviytyä vaativista päivittäisistä toiminnoista. Toiminnan vajaus syntyy, kun ikääntyneen henkinen tai fyysinen suorituskyky ei enää riitä ympäristön vaatimuksiin. (Pitkälä ym. 2010.)

ICF (International Classification of Functioning Disability) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka kuvaa toimintakyvyn heikentymisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Luokituksen mukaan iäkäs ihminen toimii aktiivisesti ja sopeutuu toiminnan vajauksen aiheuttamiin haittoihin mm. harjoittelemalla, mukauttamalla tarpeitaan tai tukeutumalla apuvälineisiin. Muuttamalla osallistumistaan ja hankkimalla ulkopuolista apua tai muokkaamalla ympäristötä toimivammaksi ovat iäkkään keinoja sopeutua toiminnan vajakseen. (Pitkälä, ym. 2010.)

Ihminen altistuu ympäristön vaikutuksille sitä enemmän kuin hänen oma toimintakykynsä heikkenee. Iäkäs pystyy tutussa ympäristössä paremmin kehittämään kompen-saatio- ja selviytymiskeinoja toimintakyvyn heikentyessä ja näin pidentämään autonoma elinaikaa omassa kodissaan. On tärkeää luoda esteetön, turvallinen ja helppokulkuinen koti toimintakyvyltään heikentyneelle ikääntyneelle. Iäkkään toimintakyky tulee määrittää aina henkilön omassa asuin- ja elinympäristössään, jotta nähdään mitä vaatimuksia tai mahdollisuuksia hänellä siellä on laitospäristön sijaan. (Pitkälä, ym.2010.)

Iäkkään toimintakyvyn tukemisen lähtökohtana on ymmärrys iäkkään toimintakyvyn kokonaisuudesta, johon aina liittyy iäkkään eletty elämä. Näin iäkkään toimintakyky määräytyy kokemusten ja elinympäristön vaatimusten perusteella. (Nummijoki 2009, 90.)

2.2 Fyysistä toimintakykyä tukeva kotihoito

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013) suosittaa lisäämään toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöä sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa. Työyhteisöissä tulee sopia yhdessä kuntoutumista edistävän toiminnan vahvistamisesta ja sen sisällöstä. Kuntoutusalan ammattilaisten tulee edesauttaa toimintakykyä tukevan työtavan käyttöä asiakkaan päivittäisessä elämässä. Hoitotyöntekijöiden perehdytykseen sekä perus- ja täydennyskoulutukseen sisällytetään toimintakykyä edistävän työtavan opetus. (STM 2013; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 34.)

Porin perusturvan kotihoidossa on käytössä toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä työote, jolla tuetaan asiakkaan voimavarojen säilymistä. Asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailussa. Asiakkaan yksilölliset tavoitteet kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Toimintakykyä edistävän ja ylläpitävän työotteen tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä ja omaisten jaksamista. Kaikki hoitoon osallistuvat sitoutuvat noudattamaan kuntoutumista edistäviä työmenetelmiä ja asiakkaan puolesta ei tehdä asioita, joita hän itse kykenee tekemään. Asiakkaan toimintakykyä edistetään arkiaskareisiin kannustamalla ja liikuntatuokioin sekä ulkoilemalla. Asiakasta kannustetaan osallistumaan myös kodin ulkopuolisiin toimintoihin, kuten kerhoihin tai kyläilemään. (Toimintakykyä edistävä toiminta esite 2016.)

Tarvittaessa fysioterapeutti käy sellaisten uusien kotihoidon asiakkaiden luona, jotka saavat kotihoitoa vähintään kaksi kertaa viikossa. Kotikäynnillä fysioterapeutti selvittää asiakkaan fyysisiä voimavaroja ja kotona selviytymistä, mm. toimintakykytestillä ja apuvälinearviolla. Fysioterapeutti laatii asiakkaan kanssa yhteistyössä yksilöllisen

harjoitusohjelman, jota asiakas suorittaa itsenäisesti tai yhdessä häntä hoitavien henkilöiden ja omaisten kanssa. Harjoitusohjelman lisäksi asiakas saa kuntokortin, johon merkitään liikunnalliset suoritukset. Kotihoito kerää täytetyt kuntokortit kahden kuukauden välein ja täytetyt kortit osallistuvat arvontaan. (Toimintakykyä edistävä toiminta esite 2016.)

Liikkumiskyky, keskeinen osa toimintakykyä, on riippumattomuuden, elämänlaadun ja itsenäisen päivittäisistä toiminnoista selviytymisen edellytys. Suurin osa vanhusten vaikeuksista päivittäisissä toiminnoissa liittyy liikkumiskyvyn heikkenemiseen. (Nummijoki 2009, 93.) Vähentynyt liikkuminen voi johtaa sekä lihasvoiman että tasapainon heikkenemiseen. Tämä aiheuttaa kaatumispelkoa ja sitä kautta saattaa ulkona liikkuminen vähentyä. Lihaskunnan ja tasapainon ylläpitäminen ja harjoittaminen vähentävät kaatumisriskiä ja lisäävät liikkumisvarmuutta. Kun jalka nousee paremmin, niin mielikin virkistyy ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan on mahdollista. (Nummijoki 2009, 94.) Suurelle osalle kotihoidon vanhusasiakkaista on haasteellista jo kotona liikkumisen tehostaminen. Toimintakykyä edistävän työotteen soveltamista kotona on tekemisen välttäminen eli asiakas tekee itse sen, mihin hän pystyy. Tekeminen tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta edistäen samalla vanhuksen itsenäisyyttä, toimintakykyisyyttä ja omatoimisuutta. (Nummijoki 2009, 101.)

2.3 Moniammatillinen kotikuntoutus kotihoidossa

Kaikkien ikääntyvien kanssa työskentelevien ammattilaisten yhteisenä toimintaperiaatteena tulee olla toimintakykyä edistävä työote ja moniammatillinen toiminta, sillä näiden avulla edistetään onnistuvaa ja myönteistä ikääntymistä. Moniammatillinen toiminta sujuu parhaiten silloin, kun tunnetaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien vastuualueet ja toimintatavat. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 242.)

Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä on eri asiantuntijoiden työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen yhteisessä tiedon prosessoinnissa. Vuorovaikutusprosessissa luodaan yhteinen tavoite ja yhteinen käsitys tarvittavista

toimenpiteistä tai ongelman ratkaisusta. Tarvittaessa yhteisessä keskustelussa on mukana myös asiakkaan omainen tai läheinen ja kaikki osallistujat voivat vaikuttaa päätöksentekoon. Moniammatillisessa yhteistyössä nousevat esiin asiakaslähtöisyys, erilaisten näkökulmien ja tiedon yhteen kokoaminen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylittäminen ja verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2005, 14.)

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi (STM 2013) mukaan kotikuntoutus on psykososiaalista toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitävää ja edistävää harjoittelua iäkkään kodissa tai palveluasunnossa ja jota voidaan toteuttaa myös ulkona tai asuin- ja elinympäristössä. Kotikuntoutus voi olla lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota harjoittavia yksilöllisesti toteutettavia liikkeitä, jotka tukevat kotiaskareissa selviytymisen harjoittelua. (STM 2013:11, 64.)

Geriatristi Markus Halmisen (2014) mukaan gerontologinen kuntoutus perustuu normaalien vanhenemismuutosten tuntemisen kautta voimaannuttamiseen. Sopivien fyysisten harjoitteiden lisäksi, gerontologinen kuntoutus on myös ikääntyneen toimijuuden ja yhteisöllisyyden tukemista. Ikääntyneen kotona toteutettava kuntoutus on hyödyllistä siksi, että tehtävät harjoitteet voidaan sitoa kiinteästi arjen toimintojen harjoittamiseen. (Halminen 2014.)

Eri palvelusektoreiden työntekijöiden on tärkeää tunnistaa iäkkään kuntoutusmahdollisuudet ja -oikeudet. Heidän tulee opastaa iäkästä asiakasta toimintakykynsä ja osallisuutensa ylläpitämisessä sekä ohjata asiakas tarpeen mukaan myös aktiiviseen kuntoutukseen. Jokainen asiakaskohtaaminen voi sisältää erilaisia kuntouttavia tekijöitä, joiden kautta iäkäs asiakas voi kokea olevansa arvostettu, ainutlaatuinen ihminen. (Pikkarainen 2015, 3.)

Kiikun Kaakun -projektin tulokset osoittivat, että liikuntaharjoitusten toteuttaminen kotikäyntien yhteydessä on yksi keino tukea kotona asumista, jopa hyvinkin heikkokuntoisten vanhusten kohdalla. Tämä edellyttää kotihoidon työntekijöiltä perehtymistä ikääntymiseen liittyviin toimintakyvyn muutoksiin ja mahdollisesti lisäkoulutusta iäkkäiden liikuntaharjoitusten ohjaamiseen. On tärkeää, että liikuntaohjelmien yhteydessä tehdään myös toimintakykymittaukset huolellisesti ja unohtamatta eettisiä näkökohtia.

Kotihoidon työntekijöiden työssään toteuttamat liikuntaohjelmat ja toimintakykymitaukset lisäävät ikääntyneiden mahdollisuuksia elää kotona entistä pitempään. (Pohjolainen 2008, 2.)

2.3.1 Moniammatillista kotikuntoutusta ulkomailla

Vuosituhanne vaihteen jälkeen on ilmestynyt yhä enemmän tutkimuksia moniammatillisesta kotikuntoutuksesta eri puolilta maailmaa, mm. Yhdysvalloista, Australiasta ja Englannista. Myös pohjoismaissa Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa on toteutettu ja tutkittu moniammatillista kotikuntoutusta.

Yhdysvalloissa vuonna 2002 tehtiin suuri satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa vertailtiin 1200 ikäihmistä, joista puolet sai ns. kuntouttavaa kotihoitoa (restorative care) ja puolet tavallista kotihoitoa. Tutkimuksen mukaan kuntouttavaa kotihoitoa saaneet ikäihmiset pystyivät asumaan kotonaan pidempään ja kotikuntoutusjakson jälkeen heidän hoidon tarpeensa pieneni verrokkiryhmään verrattuna. (Peiponen, Kristensen, Arvo, Tolkki, Pekkanen & Kara 2016, 11; Tinetti, Baker, Gallo, Nanda, Charpentier & O'Leary 2002.)

Australiassa kehitettiin 2000-luvun alussa kaksi erilaista ohjelmaa kotihoitopalveluihin, joiden avulla tuetaan asiakkaiden itsenäistä kotona asumista. HIP (Home Independence Project) -ohjelma oli tarkoitettu asiakkaille, joiden hoidon tarve oli matala tai keskisuuri, kun he hakeutuivat kotihoidon piiriin. PIP (Personal Enablement Program) -ohjelma oli tarkoitettu sairaalasta kotiutuville asiakkaille. Molemmissa ohjelmissa interventiot olivat lyhyitä maksimissaan kahden tai kolmen kuukauden pituisia ja tarkoituksena oli toimintakyvyn heikkenemisen estäminen tai hidastaminen. Kuntoutuksen tavoitteet laadittiin asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kesken. Kasvokkain tapahtuvia kohtaamisia vähennettiin kuntoutujan kanssa ja seurannat hoidettiin puhelimitse. Kolmen kuukauden kuluttua HIP-ohjelmassa mukana olleista asiakkaista 63 % ei tarvinnut enää minkäänlaista kotihoitoa, kun tavallista kotihoitoa saaneista asiakkaista vain 11 % pystyi itsenäiseen elämään. (Peiponen ym. 2013, 12; Lewin & Vanderbilden 2009.) Vielä lähes viiden vuoden kuluttua kuntoutusinterventiosta HIP-ohjelmassa

mukana olleet asiakkaat käyttivät vähemmän kotihoidon palveluita kuin tavallista kotihoitoa saaneet asiakkaat (Peiponen ym. 2016, 13; Lewin, Alfonso & Alan 2013).

Englannissa kotikuntoutus (re-ablement) on melko uusi toimintatapa kotihoidossa, mutta toiminta on lisääntymässä hyvien kokeilujen pohjalta. Yhdessä tutkimuksessa kotikuntoutukseen osallistuneita asiakkaita seurattiin vuoden ajan ja jakson aikana heidän itsenäisyys, itseluottamus ja motivaatio lisääntyivät. Itsestä huolehtimisen taidot, kuten peseytyminen ja ruuan laitto, edistyivät asiakkailla erityisesti. Kotikuntoutus ei tullut normaalia käytäntöä halvemmaksi, mutta kotikuntoutuksella oli enemmän positiivisia vaikutuksia asiakkaiden elämänlaatuun ja palvelujen tarve väheni kotikuntoutusjakson jälkeen, jolloin toiminnan voitiin katsoa olevan kustannustehokasta. Kotikuntoutuksen työntekijöiden osaamisella oli suuri merkitys kotikuntoutuksen onnistumisessa ja siksi kotikuntoutuksen henkilöstön kattava koulutus oli erityisen tärkeää, etenkin pitkään kotihoidossa työtä tehneillä. Kotikuntoutuksen tavoitteiden selittäminen tarkkaan asiakkaalle edisti asiakkaan kuntoutumista. Tutkimuksessa selvisi lisäksi, että äkillisestä sairaudesta, kuten murtumista, toipuvat asiakkaat hyötyivät enemmän kotikuntoutuksesta kuin kroonisesti sairaat asiakkaat. (Peiponen ym. 2016, 11; Glendinning ym. 2010.)

Ruotsissa Boråsin kaupungissa kehitettiin vuosina 2007—2009 kotikuntoutusmallia, jolla tuetaan ikääntyneiden kotona asumista. Asiakkaan luona kävivät sekä fysioterapeutti että toimintaterapeutti tekemässä moniammatillisen arvion ja laatimassa sen pohjalta asiakkaalle kotikuntoutussuunnitelman. Ajallisesti kestoltaan rajattu kotikuntoutusinterventio sisälsi fyysisiä harjoituksia, apuvälineiden käytön ohjausta, asunnon ja elinympäristön muutostöitä sekä omaisten ohjausta. Kotikuntoutusjakson jälkeen asiakkaalle tehtiin uusi arviointi, jossa tavoitteiden saavuttamista sekä jatkokuntoutustarvetta arvioitiin. Mallin mukaan olennaisinta oli keskittyä palauttamaan asiakkaan itsensä kokema tärkeä toiminta tai toiminto, joka hänellä oli ollut ennen sairastumista tai loukkaantumista. Näin kotikuntoutuksen avulla pystyttiin parantamaan asiakkaan elämänlaatua. Ikääntyneiden avuntarve väheni ja itsenäisyys parani, jolloin he pystyivät asumaan kotonaan pidempään. Kunta hyötyi taloudellisesti, koska kotihoidon palvelujen tarve väheni kotikuntoutusjakson aikana ja jälkeen. (Peiponen ym. 2016,13; Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen 2009.) Eksotessa toimiva kotikuntoutusmalli perustuu tähän Boråsissa kehitettyyn malliin.

Tanskassa Frederician kunnan vanhuspalveluissa vuonna 2008 muutettiin lähestymistapaa ikääntyneiden sairauden hoidosta ennaltaehkäisyyn panostamalla varhaiseen kuntoutukseen. Kiinnostuneille asiakkaille tarjottiin 68 viikon intensiivistä kuntoutusjaksoa, jonka tavoitteena oli asiakkaan selviytyminen jälleen hänelle tärkeistä päivittäisistä toimista. Kuntoutusta toteuttivat uudelleen koulutetut hoitajat, ns. kotikuntoutajat, moniammatillisen tiimin (fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja) tuen avulla. Kolmesta sadasta kotikuntoutusta saaneesta asiakkaasta 45 %:a ei tarvinnut jakson jälkeen enää olleenkaan apua ja 40 %:lla avuntarve väheni. Asiakkaat pystyivät jälleen tekemään haluamiaan asioita ja elämään omannäköistään elämää. 85 %:a asiakkaista koki elämänlaatunsa parantuneen. Kuntoutusjakson vaatima rahallinen investointi saatiin takaisin jo kahden kuukauden kuluessa jakson päättymisestä pienentyneen palvelutarpeen aikaansaamana säästönä. (Peiponen ym. 2016, 14; Haeboll 2012, Vinging 2011.)

Norjassa asiakkaan kotona asumista ja elämänlaatua sekä elämänhallintaa tukevaa moniammatillista kotikuntoutusta kutsutaan nimellä ”hverdagsrehabilitering”, arkikuntoutus. Norjassa vuonna 2013 oli 32 kunnassa kotikuntoutusta tarjolla ja noin 40 kuntaa suunnitteli toiminnan aloittamista. Kotiympäristöön painottuvan moniammatillista osaamista hyödyntävän lähestymistavan taustalla on Tanskasta saadut kannustavat kokemukset. Norjan toimintaterapeuttiliitto (Norsk Ergoterapeutforbund) nosti kotikuntoutuksen merkittäväksi panostuksen kohteeksi vuonna 2013 ja teki tiivistä yhteistyötä palvelua kehittävien kuntien kanssa. (Einset & Krook 2013, 3; Laberg & Ness 2012.) Norjassa arkikuntoutus on erityisen vahvaa siitä syystä, että se on mukana poliittisissa ohjelmissa ja sitä on systemaattisesti tiiviissä yhteistyössä kehitetty toiminta-, fysioterapia- ja sairaanhoitajaliittojen kanssa. Arkikuntoutuksessa vahvistetaan asiakkaan osallisuutta ja luottamusta omaan toimintakykyyn. Kyse on päivittäisessä elämässä tarvittavien taitojen uudelleen oppimisesta ja toimintojen harjoittelusta asiakkaan kanssa hänen arjessaan luonnollisessa toimintaympäristössään. (Forss 2016, 35.)

2.3.2 Moniammatillista kotikuntoutusta Suomessa

Kristiina Niemelä (2011) on väitöskirjatutkimuksessaan tutkinut mm. laituskuntoutusta seuranneen kotikuntoutuksen vaikutusta iäkkäiden fyysiseen suorituskäkyyn, toimintakäkyyn ja koettuun elämänlaatuun. Hän on arvioinut myös toimintatapaa, jossa kuntoutumisavustaja tuki iäkkäiden kotona kuntoutumista. (Niemelä 2011, 27.) Tutkimus osoitti, että kotikuntoutus, jossa iäkkään omatoimista kuntoutumista tukee kuntoutumisavustaja säännöllisesti, parantaa iäkkään elämänlaatua. Koettu terveys ja liikumiskyky kohenivat, mutta fyysinen suorituskäky ei parantunut. (Niemelä 2011, 76.)

Kotikuntoutuksen on todettu olevan mm. ikääntyneen muistipotilaan toimintakävyn ylläpysymisen kannalta vaikuttavinta. Ikääntyneen muistipotilaan kotikuntoutuksen tulee olla pitkäkestoista, vähintään 6 kk jatkuvaa, että merkittäviä tuloksia iäkkään toimintakävyn saadaan aikaan. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013, 105.)

2.4 Kotikuntoutussuunnitelma

Säännöllisen kotihoidon asiakkaalle laaditaan aina hoito- ja palvelusuunnitelma. Kun asiakkaan luona käydään vähintään kahden viikon välein, on kotihoito säännöllistä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saanut kotihoidon työntekijä tekee asiakkaan luo kotikäynnin palvelutarpeen määrittämiseksi. Yhdessä asiakkaan sekä hänen perheen kanssa arvioidaan kotihoidon palvelujen tarve ja laaditaan kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Porin kaupungin www- sivut 2016.)

Jokaisen asiakkaan yksilöllinen ja tarkoituksenmukainen hoidon sekä hoivan tarve kartoitetaan ja arvioidaan. Palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa toimintakävyyä mitataan RAVA -mittarilla ja tarvittaessa käytetään myös muita tarkoituksenmukaisia mittareita, kuten MMSE -muistitestiä. Palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä muiden kaupungin sosiaali- ja terveysalan yksiköiden ammattilaisten kanssa. (Porin kaupungin www- sivut 2016.)

Useilla eri paikkakunnilla on kotihoidossa käytössä hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen tähtäviä suunnitelmia ja sopimuksia. Nimet vaihtelevat, on esim. arkiliikkumissopimus, liikkumissopimus, kuntoutumissuunnitelma, liikkumis- ja/tai toimintakyksuunnitelma tai hyvinvointisopimus. Olen nimmennyt tässä opinnäytetyössäni kehittämäni suunnitelmamallin kotikuntoutussuunnitelmaksi.

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma on ikääntyneen kuntoutumisen perustana. Suunnitelma sisältää hoidon tarpeiden määrittämisen, tavoitteiden määrittämisen, hoitotyön menetelmien valinnan sekä hoidon tulosten arvioinnin ja seurannan. Suunnitelma on moniammatillisen tiimin keskeinen työväline, jossa kuvataan luotettavilla mittareilla mitattu ikääntyneen suoriutumisen taso huomioiden ikääntyneen toiveet ja tarpeet omassa elinympäristössään. Hoidon ja kuntoutumisen onnistuminen edellyttää ikääntyneen että hoitotiimin sitoutumista hoidon tavoitteisiin ja laaditun kuntoutumissuunnitelman noudattamiseen. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 19.)

Porin perusturvan kotihoidossa, kun fysioterapeutti käy asiakkaan luona, hän laatii yhdessä asiakkaan ja hoitajan kanssa kirjallisen toimintakykyisenä kotona- liikuntasuunnitelman. Suunnitelma perustuu fysioterapeutin tekemään toimintakykyarvioon ja asiakkaan toimintakykytestien tulokseen. Toimintakykytesteinä Porin perusturvassa on käytössä mm. 5 x tuoilta ylösnousu -testi, TUG -testi, puristusvoimamittaus sekä vuoteesta ylösnousun havainnointi ja olkanivelten toiminnalliset liikkeet. (Keminkangas henkilökohtainen tiedonanto 25.11.2015.)

2.5 Kuntoutusvastaava kotihoidossa

Käytän tässä opinnäytetyössä kuntoutusvastaava nimeä kotihoidon työntekijästä, joka on koulutettu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, harjoittamiseen ja seurantaan erillisellä lisäkoulutuksella. Helsingin kotihoidossa em. työntekijästä käytetään muutosagentti nimitystä ja Eksotessa on kuntoutumisvastaava nimellä olevia kotihoidon työntekijöitä.

3 ESIMERKKEJÄ KOTIHOIDON KOTIKUNTOUTUSMALLEISTA SUOMESSA

Olen valinnut nämä neljä esimerkkiä Suomessa toteutuneista kotihoidon kotikuntoutusmalleista, koska niistä saatavilla olevasta aineistosta löytyi vastauksia tutkimuskysymyksiini. Olen avannut opinnäytetyöhöni aineiston sisältöä tutkimuskysymysten näkökulmasta käsin. Tätä aineistoa parastamalla ja vertailemalla olen kehittänyt moniammatillisen kotikuntoutusmallin Porin perusturvan kotihoitoon.

3.1 Eksoten kotikuntoutus

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusliiton, Eksotessa, on kotikuntoutusta kehitetty ansiokkaasti vuodesta 2010 lähtien. Eksoten kotikuntoutusmalli sai viime vuonna 2015 Vanhustyön keskusliiton ja eläkevakuutusyhtiö Ilmarisen myöntämän Vuoden vanhusteko-palkinnon. Tässä mallissa kotikuntoutukseen on lisätty fysioterapeutteja ja kotihoito on saatu sitoutumaan mukaan kuntouttavaan työotteeseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on halunnut juuri tämänkaltaisia kotikuntoutusmalleja kehitettävän. Taustalla on vanhusten laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen lisääminen. Etelä-Karjalan alueella 92 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu jo kotona. (Suomalainen 2016, 4.)

Kotikuntoutusmallin kehittämisessä on ollut tärkeää henkilöstön osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla. Kotihoidon 450 työntekijästä on ensin koulutettu 80 henkilöä kuntoutumisvastaaviksi, jotka ovat alkaneet työskennellä säännöllisesti fysioterapeutin parina. Työssä on keskitytty ikääntyneen toimintakyvyn arviointiin, kuntoutusmissuunnitelman laadintaan ja aktivoivan arjen harjoitusten suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Kotikuntoutuksen tavoitteina ovat ikääntyneen osallistaminen omaan arkeensa, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä palvelutarpeen vähentäminen. (Valkonen 2015, 10.)

Eksoten kotikuntoutusmalli muodostuu kolmesta osasta: varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus ja monialainen kuntoutus. Varhaista puuttumista ovat

esim. hyvinvointia edistävät kotikäynnit, palvelutarpeen arviointi ja terveyden edistäminen yhteistyössä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kotihoidon koordinoivassa kuntoutuksessa fysioterapeutti yhteistyössä kotihoidon vastuuhoidajan kanssa toteuttaa uusille kodinhoidon asiakkaille neljän viikon kuntouttavan arviointijakson, jolloin tavoitteena on arvioida ja tukea asiakkaan toimintakykyä. Jakson päätteeksi arvioidaan todellinen palvelutarve ja tehdään kotihoidon sopimus sen mukaan. Monialaisessa kotikuntoutuksessa tuetaan asiakkaan toimintakykyä, selviytymistä arjessa ja turvallisuuden tunnetta moniammatillisesti fysioterapian ja toimintaterapian keinoin sekä kotihoidon tuella asiakkaan yksilöllisesti laaditun kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Kuntoutus aloitetaan usein sairaalasta kotiutuessa tai tarvittaessa kuntouttavan arviointijakson tukena. Kuntoutusta toteutetaan intensiivisesti 810 viikon ajan asiakkaan kotona. (Lehmus 2015; Valkonen 2015, 10.)

Kotikuntoutuksen aloittamiseksi ei tarvita lääkärin lähetettä. Kotikuntoutuksen kuntoutustarpeen arviointiin asiakkaan voi ohjata esim. kotihoidon hoitaja, palveluohjaaja, fysioterapeutti tai lääkäri. Moniammatillinen kotikuntoutuksen työryhmä tekee päätöksen kuntoutuksen toteutuksesta asiakkaan tarpeen, tavoitteiden ja sitoutumisen perusteella. Kaikki kotihoidon uudet asiakkaat ohjautuvat automaattisesti neljän viikon arviointijaksolle, jolloin heidän kuntoutustarve arvioidaan ja he saavat kuntoutusta tarpeen mukaan. Kotikuntoutus on perusteltua, jos asiakkaalla on ongelmia liikkumisessa, kotiaskareissa tai päivittäisissä toiminnoissa tai hänen palvelutarpeensa kasvaa lähitulevaisuudessa. Kotikuntoutuksessa harjoitetaan arjen asioita, esim. itseenäistä peseytymistä tai pukeutumista, portaissa kulkemista tai postin hakemista postilaatikolta. Kotikuntoutuskäynneillä pyritään yhteistyöhön myös omaisten ja läheisten kanssa. (Eksote 2015.)

3.1.1 Toimintakykymittarit Eksotessa

Päivittäisten toimintojen arviointiin Eksoten kotihoidossa on käytössä RAI-arviointijärjestelmä. Sen avulla arvioidaan asiakkaan vuoteessa siirtymistä, siirtymistä yleensä, jalkeilla liikkumista, pukeutumista, riisuuntumista, ruokailua, virtsaamista ja ulostamista sekä henkilökohtaista hygienian hoitoa. Lisäksi tarvitaan keskustelua asiakkaan

ja hänen läheisen kanssa toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioimiseksi sekä havainnointia asiakkaan selviytymisestä päivittäisistä toiminnoista ympäristössään. (Kokkinen & Lehmus 2014, 20.)

Fyysisen toimintakyvyn mittaamisessa Eksoten kotikuntoutuksessa käytetään SPPB-testiä, koska se on vakiintunut ja luotettava mittausmenetelmä sekä soveltuu hyvin kotikäyttöön. Testi on yksinkertainen tehdä ja fysioterapeutit ovat kouluttaneet hoitajat sen käyttöön. (Kokkinen & Lehmus 2014, 41.)

3.1.2 Kuntoutumisvastaava Eksotessa

Kuntoutushenkilöstön vajetta kompensoimaan on Eksotessa työpaikkakoulutettu kuntoutumisvastaavia kotihoidossa työskentelevistä lähihoitajista. Kuntoutumisvastaava toimii joka kotihoidon yksikössä ja hänet on koulutettu arvioimaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä ja testaamaan sitä SPPB-testin avulla. Hänen tehtävään kuuluu myös laatia ja toteuttaa kuntoutumissuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Tarvittaessa fysioterapeutti auttaa kuntoutumisen käynnistämisessä, esim. apuvälineisiin tai asumiseen liittyvissä haasteissa ja toimii kuntoutuksen asiantuntijana. Kuntoutumisvastaava toimii kotihoidon yksikössä asiakkaan arjen aktivoinnin tukena ja toteuttamisen osajana. Kuntoutumisvastaava jatkaa asiakkaan toimintakyvyn edistymisen seurantaan mm. SPPB -testillä. (Kokkinen & Lehmus 2014, 30.)

3.1.3 Kuntoutumissuunnitelma Eksotessa

Kotihoidon asiakkuuden alkaessa hoitaja tai fysioterapeutti tekee yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutumissuunnitelman. Siihen kirjataan asiakkaan sen hetkinen toimintakyky, voimavarat ja omatoimisuus. On tärkeää keskustella asiakkaan ja hänen läheisen kanssa jäljellä olevasta toimintakyvystä ja voimavaroista. Niiden kirjaaminen suunnitelmaan antaa asiakkaalle ja hänen läheisilleen uskoa ja turvallisuuden tunnetta asiakkaan itsenäiseen kotona selviytymiseen. Nämä toimenpiteet helpottavat asiakkaan kuntoutumistavoitteen asettamista ja asiakkaan oma tavoite sekä läheisten osallistuminen on tärkeää kirjata suunnitelmaan. SPPB -testin suorittaminen on osa kuntoutumissuunnitelman tekoa. Testin tulosten ja toimintakykyrajoitteiden pohjalta asiakkaan

kanssa sovitaan yksilöllinen harjoitusohjelma, arkitoimintojen harjoitteet ja ohjeistus ravitsemukseen. Kuntoutumissuunnitelman sisältö tukee asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. Toimintakyvyn muuttuessa hoitaja tai fysioterapeutti testaa asiakkaan uudelleen ja kuntoutumissuunnitelma päivitetään. (Kokkinen & Lehmus 2014, 39.)

3.2 Helsingin kotihoidossa vanhuksen toiminta- ja liikuntakyvyn tukeminen

Vuonna 2006 Helsingissä alkaneessa kotihoidon kehittämishankkeessa (Vanhusten syrjäytymisen ehkäiseminen Helsingin kotihoidossa -Lupaavien käytäntöjen jalostamishanke vuosina 2006-2009) yhtenä kehitysosa-alueena oli toiminta- ja liikkumiskyvyn tukeminen porttina vanhusten toimijuuteen. Hankkeen yhteiskehittelyn tuotoksena syntyi liikkumissopimus, jonka avulla pyritään ehkäisemään kotona asuvien iäkkäiden syrjäytymisvaaraa ja hidastamaan toimintakyvyn heikkenemistä tukemalla olemassa olevaa toimintakykyä. Tavoitteena on, että vanhus voisi asua toimintakykyisenä omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Tissari 2012,4.) Toimintamallissa kodinhoidon työntekijä laatii yhdessä asiakkaan, ja tarvittaessa moniammatillisesti kuntoutuksen kanssa, yksilöllisen liikuntasopimuksen. Kodinhoidon asiakkaan toiminta- ja liikkumiskyvyn tukeminen on siten osa kodinhoidon ydinpalvelua, hoitosuunnitelman liikkumisosiota. (Nummijoki 2009, 106.) Liikkumissopimus – arkiliikkumisen tukeminen kotihoidossa toimintamalli on voittanut Helsingin kaupungin henkilöstölle ja työyhteisöille tarkoitetun kaupunginjohtajan Vuoden saavutus -kilpailun vuonna 2010 (Tissari 2012, 4).

Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittämistä on jatkettu Helsingissä hankkeella: Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015. Hankkeen tavoitteina oli kehittää Helsingin kaupungin eri alueiden kotihoitoyksiköille soveltuva moniammatillinen kotikuntoutusmalli, määrittellä kotikuntoutuksen kohderyhmä, kotikuntoutuksen kriteerit ja käytettävät mittarit sekä eri ammattilaisten osuus kotikuntoutuksessa ja selkeyttää arviointi- ja kuntoutusosastojen tehtävää suhteessa kotikuntoutukseen. Hankkeessa onnistuttiin luomaan kotikuntoutuksen toimintamalli Helsinkiin. (Peiponen, Kristensen, Arvo, Tolkki, Pekkanen & Kara 2016, 5.)

3.2.1 Helsingin kotihoidon muutosagentit

Kotihoidon työntekijöistä ja kuntoutuksen työntekijöistä kouluttautui ensin 25 henkilön joukko Ikäinstituutin koulutuksella liikkumissopimuskouluttajiksi ja suunnittelijoiksi. Tämä kouluttajajoukko koulutti jatkossa kotihoidon tiimeistä valitut 94 kotihoidon työntekijää muutosagenteiksi, jotka jatkossa toteuttivat liikkumissopimusta kotihoidossa vanhusasiakkaiden kanssa. Koulutus sisälsi oppia liikkumissopimuksen laatimiseen, toteuttamiseen sekä arviointiin. Muutosagentit saivat koulutuksen myötä valmiuden vanhusasiakkaan arkiliikkumisen suunnitelmalliseen lisäämiseen vanhuksen voimavarojen puitteissa kotioloissa ja mahdollisesti myös kodin ulkopuoliseen liikuntaryhmään osallistumiseen. (Nummijoki 2009, 108.)

3.2.2 Helsingin kotihoidon toimintakykymittarit

Muutosagentit koulutettiin arvioimaan asiakkaan toimintakykyä mm. RAI-HC-arvioinnilla sekä tuolilta ylös nousu -testillä ja esineen poiminen lattialta -testillä. Näiden testien tulokset antavat karkean arvion asiakkaan tasapainon hallinnasta omassa kodissaan. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään apuna myös asiakkaan omaa arviota. Kotihoidon työntekijä haastattelee asiakasta, miten hän omasta mielestään selviytyy arkiaskareistaan. Haastattelun jälkeen asiakas toteuttaa arvioimiaan askareita, jolloin molemmat osapuolet voivat todeta arvioinnin oikeellisuuden ja arvioida harjoittelutarvetta. (Nummijoki 2009, 107.) Haastattelussa kysellään myös asiakkaan omaa arviota selviytymisestään päivittäisistä toiminnoista sekä asiakkaan omaehtoisesta liikunnasta tai liikuntaharrastuksista ennen ja nyt (Nummijoki 2009, 120).

3.2.3 Helsingin kotihoidon liikkumissopimus

Liikkumissopimus laaditaan yhdessä asiakkaan ja kotihoidon työntekijän tai fysioterapeutin kanssa asiakkaan arkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukemiseen. Liikkumissopimus on osa hoitotyön suunnitelmaa. Liikkumissopimuksen tavoitteena on, että asiakas pystyy elämään omannäköistä sujuvaa arkea nyt ja tulevaisuudessa. Sopimusta tehtäessä huomioidaan asiakkaan aiemmat harrastukset, mitä arkiaskareita asiakas itse haluaa tehdä, minkälaisessa tekemisessä asiakas kokee vaikeuksia, mikä tekeminen

innostaa asiakasta, liikkuuko asiakas kodin ulkopuolella ja mikä kodissa on tärkeää asiakkaalle. Sopimusta tehtäessä huomioidaan myös asiakkaan aistitoiminnot, ravitsemustila, muisti, sairaudet ja lääkitys. Sopimukseen kirjataan konkreettiset toiminnalliseen arkeen tähtäävät tavoitteet ja suunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tavoitteiden seurannan toteuttaminen. Sopimus voi sisältää mm. tasapainoa ja lihasvoimaa vahvistavia harjoitteita, arkiaskareiden tekemistä, vanhojen taitojen uudelleen opettelua tai asiointia ja harrastamista kodin ulkopuolella. (Helsingin kaupungin www-sivut 2016; Tissari 2012, 4.) Liikkumissopimus kirjataan asiakkaan sähköiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Liikkumissopimuksen sisältöä arvioidaan määräajoin yhdessä asiakkaan kanssa osana säännöllistä hoitosuunnitelman päivittämistä. (Nummijoki 2009,110.)

3.3 Tampereen kaupungin kotikuntoutus

Tampereella käynnistettiin vuonna 2013 kotikuntoutuksen kehittämisprojekti osana ikäihmisten palvelurakenteen uudistaminen -hanketta. Projektin tarkoituksena oli kehittää kotikuntoutus tiiviiksi osaksi kotihoitoa, omaishoidon tukea ja geriatrian poliklinikan toimintaa. (Vesaranta 2014, 3.) Projektin tavoitteina olivat toiminnan mallintaminen osaksi ikäihmisten palveluja, kuntoutumissuunnitelman laatiminen ja käyttäminen yli eri organisaatorajojen sekä hyvinvointiteknologian käyttöönotto. Mallintamisessa oli tärkeää löytää kotikuntoutuksesta eniten hyötyvä asiakasryhmä. Kotikuntoutusta toteutettiin pääsääntöisesti yli 65-vuotiailla säännöllisen kotihoiton tai omaishoidon tuen asiakkailta. Kotikuntoutukseen asiakkaita ohjautui myös geriatrian poliklinikalta tai osastohoidosta lonkkamurtuman jälkeen. (Vesaranta 2014, 7.)

Kotikuntoutusjakso jakaantuu kolmeen vaiheeseen: arviointi ja suunnittelu, 312 viikon intensiivinen kuntoutusjakso ja 812 viikon tuettu omaharjoittelujakso sekä lopuksi seurantakäynti. Kotikuntoutusta toteuttavat yhteistyössä fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja kotihoiton lähihoitaja. Kotikuntoutus sisältää fysio- ja toimintaterapiaa asiakkaan kotona tai kodin lähiympäristössä sekä kuntouttavaa harrastetoimintaa. Toiminnan tavoitteena on tukea asiakkaan arkitoimintoja, omatoimisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä sekä parantaa asiakkaan lihaskuntoa ja suorituskykyä. (Vesaranta 2014, 9.)

3.3.1 Kotikuntoutuksen työntekijät

Kotikuntoutusprojektiin perustettiin kuuden fysioterapeutin ja kolmen toimintaterapeutin vakanssit. Sisäisesti siirrettiin yksi fysioterapeutti kotikuntoutuksen apulaisosastonhoitajaksi. Kotikuntoutuksessa on työssä viisi lähihoitajaa, joista kaksi työskentelee kuntoutustyöntekijöinä fysio- ja toimintaterapeuttien työparina tai itsenäisesti. Kaksi lähihoitajaa vastaa harrastetoiminnasta sekä hyvinvointiteknologian kehittämisestä ja yksi lähihoitaja vastaa toimistossa asiakastyöstä sekä työnjärjestelimestä. (Vesaranta 2014, 10.)

Kaikille työntekijöille on järjestetty sisäistä koulutusta mm. yhteistyötahojen toiminnasta, potilastietojärjestelmästä ja RAI-arvioinnista (Vesaranta 2014, 9). Kotikuntoutuksen työntekijät toimivat asiantuntijatukena kotihoidon työntekijöille asiakkaan toimintakykyä ja kotona asumista edistävässä työssä. Työntekijöiden yhteiskäynneillä voidaan harjoitella erilaisia asiakkaan kuntoutumiseen, arjen toimintoihin tai liikkumiseen liittyviä keinoja. Kotikuntoutuksen työntekijän ja kotihoidon omahoitajan yhteistyö edesauttaa asiakkaan toimintakyvyn ja omatoimisuuden säilymistä ja kohentamista. (Vesaranta 2014, 18.)

3.3.2 Kotikuntoutuksen toimintakykymittarit

Kotikuntoutusprosessi alkaa kotihoidon omahoitajan arviointikäynnillä asiakkaan luo, jolloin omaisen toivotaan myös olevan paikalla. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille tehdään puolivuositain RAI-arviointi asiakkaan toimintakyvyn ja arkitoiminnoissa selviytymisen seuraamiseksi. Kuntoutusarviokäynnille otetaan mukaan RAI-arviosta mittariraportti. Jos arviosta on yli neljä kuukautta, omahoitaja tekee uuden RAI-arvion ennen kotikuntoutusjaksoa. RAI-arvion perusteella omahoitaja laatii asiakkaan ja omaisen kanssa alustavat tavoitteet kuntoutusjaksolle ja sopii työnjaosta sekä käynneistä. Yhteistyön ylläpitäminen ja kuntoutumisen seuranta vaatii myös yhteiskäynnejä, mutta pääasiassa kuntoutuksen ja kotihoidon käynnit ovat eri aikoina. Toisinaan kuntoutustyöntekijän käynti voi korvata kotihoidon käynnin. (Vesaranta 2014, 1011.)

Fysioterapeutti tekee asiakkaalle SPPB-testin ennen ja jälkeen kotikuntoutusjakson sekä myös seurantakäynnillä. Myöhemmin projektissa on otettu käyttöön fysioterapeutin tekemänä myös Welmed-Short PAC-testi, jonka tulokset saa merkittävää RAI-järjestelmään. Testi sisältää PEF -puhalluksen, VAS -kipujan, puristusvoiman mittauksen, 5 x kertaa tuolilta ylös nousun ja 4 m kävelyn testaamisen. Projektissa toimintaterapeutit ovat arvioineet sitä, mitkä heidän käytössä olevista mittareista sopivat parhaiten kotona asuvan ikääntyneen toiminnallisuuden arviointiin. (Vesaranta 2014,12.)

3.3.3 Kuntoutumissuunnitelma

Kuntoutumissuunnitelman laadinta edellyttää perehtymistä asiakkaan ikääntymismuutoksiin, sairauksiin, kuntoutumista rajoittaviin tekijöihin ja asuin- ja ympäristöoloihin. Lähtökohtana suunnitelman teossa on asiakkaan omat voimavarat ja vahvuudet. Lääkällä tulee olla joka päivä suunnitelmallista harjoittelua päivittäisissä toiminnoissa, kuten pukemisessa, peseytymisessä, wc-käynneissä, ylösnousemisessa, kävelyssä ja ruokailussa. Kotihoidon omahoitaja, asiakas ja omainen laativat yhdessä kuntoutumissuunnitelman, johon asiakas määrittelee omat tavoitteensa ja toiveensa. Työntekijät opastavat asiakasta tavoitteiden ja välitavoitteiden asettamisessa sekä suunnittelussa päämäärän saavuttamiseksi. Asiakkaan tavoitteet ja välitavoitteet kirjataan myös potilastietojärjestelmän hoitokertomusosiin. Asiakkaan omaisen tai läheisen mukaanotto lisää asiakkaan toimintaa ja sitoutumista kuntoutukseen. Asiakkaan yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma sisältää mm. päivittäisten toimintojen harjoittelua, ulkoilua, voima-, kestävyys- ja tasapainoharjoittelua, harrastetoimintaa sekä sosiaalista kanssakäymistä. (Vesaranta 2014, 1213.)

Kuntoutumissuunnitelmaan kirjataan myös kotikuntoutuksen eri toimijoiden, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja lähihoitajan, työnjako. Kotikuntoutusjakson päättyessä asiakas jatkaa ohjeiden mukaan omatoimista tai kotihoidon tukemaa harjoittelua ja kuntouttavat toimenpiteet kirjataan asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Asiakas ohjataan mahdollisuuksien mukaan kodin ulkopuoliseen ryhmäharjoitteluun. Noin kolmen kuukauden kuluttua kuntoutusjakson päättymisestä asiakkaan luo tehdään seurantakäynti. (Vesaranta 2014, 1415.)

3.4 Posan kotihoidon kehittämishanke

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, Posa, on ollut mukana Yhteisvoimin kotona -ikäntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen - hankkeessa 1.1.2014—31.10.2016. Hankkeen tavoitteena on, että ihmiset voisivat elää koko elämänsä kotonaan riippumatta iästä tai kunnosta. Hankkeella pyritään kehittämään ennakkointia ja oikea-aikaisia palveluita. Tarkoituksena on tukea ikääntyneiden kotona asumista ja arjessa selviämistä toimintakykyä edistävällä, tehokkaalla ja tarpeen mukaisella kuntoutuksella. Posassa on hankkeen aikana kehitetty mm. hyvinvointisopimusmalli ja koulutettu kodinhoidon työntekijöille sen käyttö työkaluksi kotihoitoon. (Posan www-sivut 2016.)

3.4.1 Posan kotihoidon hyvinvointisopimusmalli

Hyvinvointisopimus on asiakkaan ja kotihoidon välinen sopimus, joka toteutetaan asiakkaan kotona ja jolla tuetaan asiakkaan voimavaroja, osallisuutta sekä ylläpidetään asiakkaan toimintakykyä ja aktiivista ikääntymistä. Sopimus on työväline henkilökunnalle asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. (Joensuu & Levy & Ahde-Koponen 2016.)

Hyvinvointisopimus sisältää asiakkaan fyysisen toimintakyvyn itsearvioinnin ja testaajan havainnointi osan, asiakkaan haastattelun ja tavoitteet koskien päivittäisiä toimintoja, SPPB-testi osan, asiakkaan toimintakyvyn arviointi osan sekä toimintasuunnitelma ja tavoitteet osan. Lisäksi sopimuksessa on seurantakäynneillä täytettävä osa. Asiakkaalle jää hyvinvointisopimuksen toimintakykyarvio osasta kirjallinen oma kappale. (Ahde-Koponen sähköposti 26.4.2016.)

Kotihoidon työntekijät mainostavat asiakkaille hyvinvointisopimusta. He jättävät esitteen kotiin asiakkaalle ja omaisille tutustuttavaksi. Hyvinvointisopimus laaditaan uusille kotihoidon asiakkaille vain asiakkaan suostumuksella. Varsinaisen sopimuksen tekoa varten varataan n. 2 tuntia aikaa tai asiakkaan kunnan mukaan voidaan tehdä myös kaksi erillistä käyntiä. Käynnillä asiakkaan ja omaisen kanssa käydään sopimuksen haastatteluosa läpi, testataan, asetetaan tavoitteet ja ohjataan vielä ensimmäinen

harjoitteluohjelma. Asiakas sitoutuu oman hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen. Kotihoidon työntekijä tekee asiakkaalle seurantamittaukset 46 kuukauden kuluttua suunnitelman laadinnasta ja tällöin suunnitelma sekä tavoitteet päivitetään asiakkaan kanssa. (Ahde-Koponen sähköposti 26.4.2016.)

Hyvinvointisopimuksen avulla pyritään tunnistamaan riskiasiakkaat ja puuttumaan ajoissa asiakkaan toimintakyvyn heikkenemiseen. Kaikki kotihoidon työntekijät osallistuvat koulutuksen kautta toimintaan ja esimiesten motivoiva tuki on tärkeää. Asiakkaan osallistaminen on tärkeää ja jokaisella kotihoidon käynnillä harjoitellaan jotakin toimintoa esim. arkiaskareiden, kuten tiskaaminen, puuron keitto tai petaaminen, uudelleen opettelua. Tavoitteiden asettamisessa tulee huomioida riittävän tehokas harjoittelu ja minimitavoite on pystyasennon tavoittelu, kuten tuolilta ylös nousun harjoittaminen. Omaisten saaminen mukaan on suotavaa. (Ahde-Koponen sähköposti 26.4.2016.)

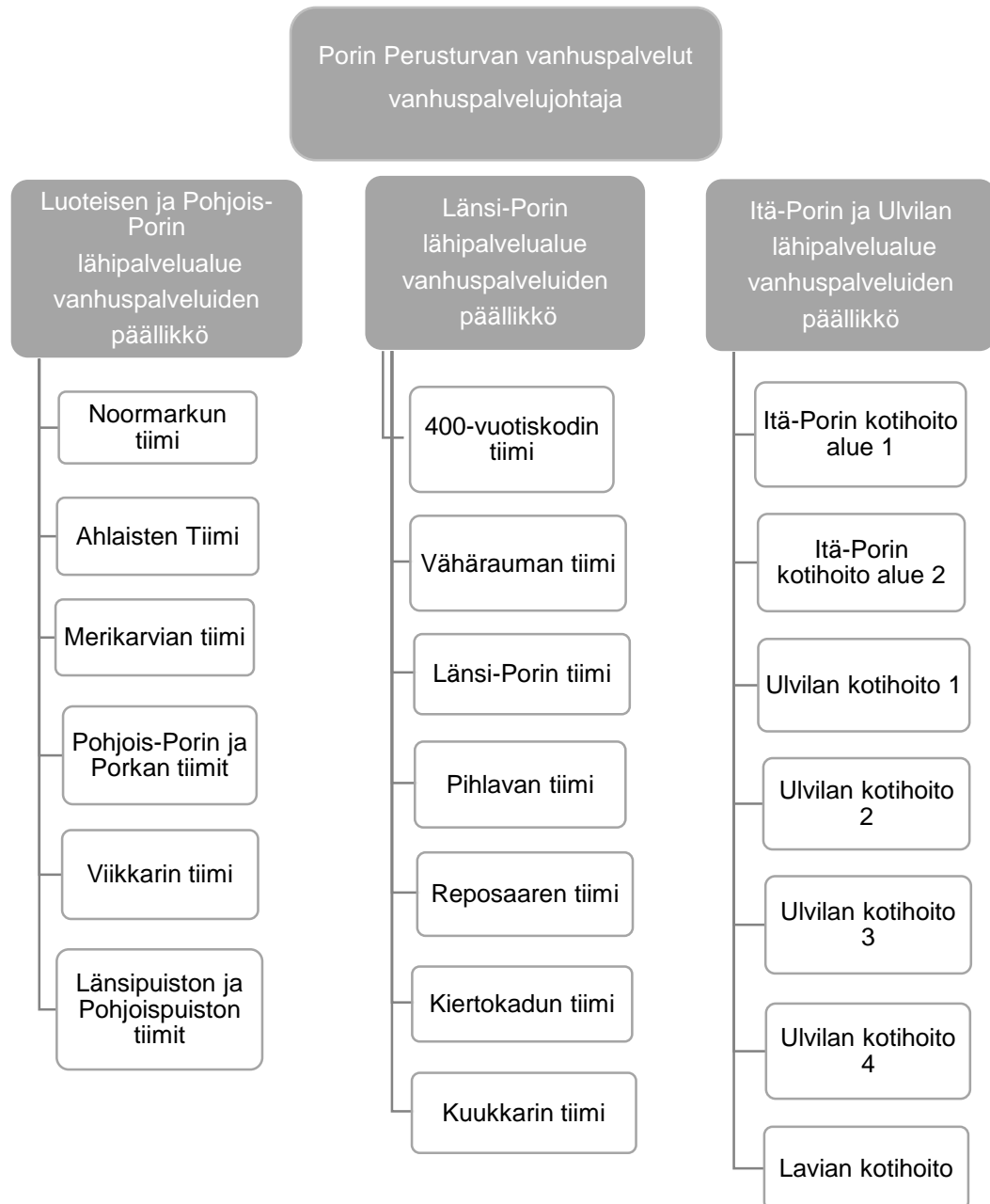
3.4.2 Hyvinvointisopimuksessa käytetyt toimintakykymittarit

Kotihoidon alkaessa Posassa asiakkaille on tehty RAVA, IADL/ADL sekä MMSE testit. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitettäessä tehdään aina RAVA ja tarvittaessa muitakin testejä. Posassa on käytössä hankkeen aikana kehitetty gerontologinen kokonaisarvio testipatteristo, josta kotihoidon työntekijät voivat valita yksilöllisen tarpeen mukaan tarvittavat testit. (Ahde-Koponen sähköposti 29.9.2016.)

Posan kaikki kotihoidon työntekijät (77 henkilöä) on koulutettu tekemään hyvinvointisopimusta. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan hyvinvointisopimusta laadittaessa haastattelun, havainnoinnin ja SPPB-testin avulla. Posassa oli aiemmin kokeilussa koti- ja kerhotesti toimintakyvyn mittarina, mutta testi vaihdettiin tänä keväänä (2016) SPPB-testiin, koska se on tutkitumpi ja valtakunnallisesti enemmän käytössä oleva testi. Kotihoidon työntekijä päivittää hyvinvointisopimuksen asiakkaan kanssa 46 kuukauden välein ja toimintakykytesti teetetään silloin uudelleen. (Ahde-Koponen sähköposti 29.9.2016.)

4 PORIN PERUSTURVAN KOTIHOIDON MONIAMMATILLINEN KOTIKUNTOUTUSMALLI

4.1 Porin Perusturvan kotihoidon organisaatio



Kuvio 1. Porin Perusturvan kotihoidon organisaatio (Porin kaupungin www-sivut 2016.)

Porin Perusturvan vanhusrpalveluja johtaa vanhusrpalvelujohtaja. Joka lähialueella on oma vanhusrpalvelupäällikkö, joka vastaa alueensa kotihoidosta, tehostetusta palveluasumisesta ja pitkäaikaishoidosta. Kotihoidossa on yhteensä 336 työntekijää, jotka työskentelevät 22:ssa kotihoidon tiimissä koko Porin Perusturvan yhteistoiminta-alueella. Kotihoidon esimiehiä on yhteensä kymmenen ja heidän vastuulleen on jaettu kotihoidon tiimit. (Kuvio 1.) Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on yhteensä n. 1300 henkilöä. Tämä luku sisältää myös asiakkaat, joiden luona käydään säännöllisesti kahden viikon välein. (Weckström sähköposti 14.10.2016.)

Porin Perusturvan kuntoutuspalveluista toimii kahdeksan fysioterapeuttia ja neljä kuntotohtajaa osittain tai kokonaan kotiin annettavissa palveluissa. Fysioterapeuteille ja kuntotohtajille on jaettu lähialueiden kotihoidon tiimit vastuulleen.

4.2 Porin perusturvan kotiin annettavien palvelujen fysioterapeuttien ehdotus kotihoidon kuntoutustoiminnan kehittämiseksi

Kotihoidossa toimivat fysioterapeutit ovat laatineet koosteen ehdotuksistaan kuntoutustoiminnan kehittämiseksi kotiin annettavissa palveluissa tämän vuoden (2016) keväällä. Olen saanut luvan käyttää heidän koostetta opinnäytetyössäni toimintamallin lähdemateriaalina. Kehittämisehdotukset pohjautuvat heidän työkokemukseen kotihoidossa ja valtakunnallisiin kotihoidon kuntoutustoiminnan hankkeisiin. Kooste on lähetetty tiedoksi kuntoutuspalveluiden esimiehelle ja vanhusrpalveluiden johtajalle. Toistaiseksi toiminnan kehittäminen ei ole vielä edennyt konkreettisiin toimenpiteisiin. Tavoitteellisen kotikuntoutuksen kehittäminen vaatii laaja-alaista panostusta ja yhteistyötä sekä kuntoutus- ja sairaalapalveluiden että vanhusrpalveluiden eri organisaatiotasojen kesken. (Kemikangas sähköposti 5.10.2016.) Kooste sisältää kahdeksan eri kehittämissuositusta, joiden sisällön esittelen pääpiirteittäin seuraavaksi.

Yhteistyö kotihoidon kanssa. Suurin osa kotiin annettavien fysioterapiapalveluiden asiakkaista on samalla kotihoidon asiakkaita. Yhteistyön tiivistäminen kotihoidon kanssa on tarpeen, koska geriatrinen asiakkaiden kuntouttamiseen ja kotona asumisen tukemiseen ei kummankaan palvelun panos yksin riitä.

Fyysisen toimintakyvyn tavoitteet tulisi kirjata osaksi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Kotikuntoutussuunnitelma tulisi olla kaikkien hoitavien tahojen, kuten kotihoito, sairaala ja intervallihoidon, nähtävillä asiakastietojärjestelmä Efficassa. Tämä tehostaa tiedon kulkua ja tavoitteiden mukaista kuntoutusta. Fysioterapeutti tai kuntohoitaja voi tarvittaessa olla apuna kotikuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laadinnassa. Kotihoidolla on arvokasta tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä. Näiden tietojen hyödyntäminen on tarpeen hoidettaessa asiakasta eri paikoissa, kuten sairaalassa tai intervallijaksolla.

Kun asiakkaan toimintakyky on selkeästi heikentynyt esim. sairaalasta kotiutumisen jälkeen tai palvelutarpeen lisääntyessä muusta syystä, tulisi järjestää asiakkaalle tehostettu kotikuntoutusjakso yhteistyössä kotihoidon kanssa. Fysioterapeutti voi käydä tarvittaessa useamman kerran viikossa tehden tavoitteellista yhteistyötä kotihoidon kanssa asiakkaan kuntoutumiseksi, jolloin voidaan mahdollisesti välttää palvelujen lisääminen. Tehostetussa kotikuntoutusjaksossa fysioterapiakäyntimaksut tulisi sisällyttää kotihoidon maksuun tai olla maksuttomia, jotta maksuista ei tulisi este asiakkaan suostumukselle.

Toimintakyvyltään heikkokuntoisempien asiakkaiden moniammatillinen kuntouttava arviointijakso olisi tuloksekkainta toteuttaa kotioloissa yhteistyössä lääkärin, kotihoiton, fysioterapeutin, geronomin, kuntoutusohjaajan ja toimintaterapeutin kanssa.

Koulutukset toimintakykyä ylläpitävään hoitotyöhön ja kuntoutusvastaavat. Tuloksekkaasti kotikuntoutuksen toteuttamiseksi hoitajien jatkuva kouluttaminen toimintakykyä ylläpitävään työhönsä on toiminnan tehokkuuden perusta. Kotihoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen tarvitaan erityisiä hoitajia, kuntoutusvastaavia, jotka kantavat päävastuun asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä ja toimivat yhdyshenkilöinä fysioterapiassa. Fysioterapeuteille kuuluu koulutusten järjestäminen. Myös omaisille ja omaishoitajille toimintakykyä ylläpitävän työtteen koulutus on tarpeellista esim. omaisten illoissa.

Yhteistyö tehostetussa palveluasumisessa. Samanlaiset yhteistyötavat kuin kotihoitossa tulisi toteuttaa sekä kaupungin tehostetussa palveluasumisessa että yksityisissä

tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Toimintaohjeet ja yhteiset säännöt tulee olla kirjallisena asumisyksiköissä.

Intervallijaksot. Intervallijaksojen tulee tukea asiakkaan kuntoutumista laaditun kotikuntoutussuunnitelman mukaan. On tärkeää, että asiakkaalle laadittu kotikuntoutussuunnitelma ja tavoitteet on nähtävissä eri hoitopaikoissa, jotta intervallijaksolla voidaan tukea asiakkaan kuntoutumista.

Sairaalasta kotiutuminen. Kun asiakas kotiutuu sairaalasta, häntä hoitanut sairaalan fysioterapeutti voisi tehdä ensimmäisen kotikäynnin, koska hän on perehtynyt asiakkaan tilanteeseen ja toimintakykyyn. Tarvittava jatkohoito siirtyy kotiin annettavien palveluiden fysioterapeutin tehtäväksi.

Muut yhteistyötahot. Yhteistyötä tulisi kehittää järjestöjen, vapaa-aikaviraston, seurakunnan ja vapaa-ehtoisten ja yms. kanssa. Vertaisohjaajat, eli vapaaehtoisista koulutetut ohjaajat, voisivat jatkaa fysioterapeuttien aloittamia ryhmiä, kuten monessa kunnassa jo toimitaan. Siihen he tarvitsevat koulutusta ja yhteydenpitoa säännöllisesti. Vapaaehtoisia tulisi kouluttaa esim. tuolijumpparyhmien ohjaajiksi, ulkoilu- tai jump-pakavereiksi.

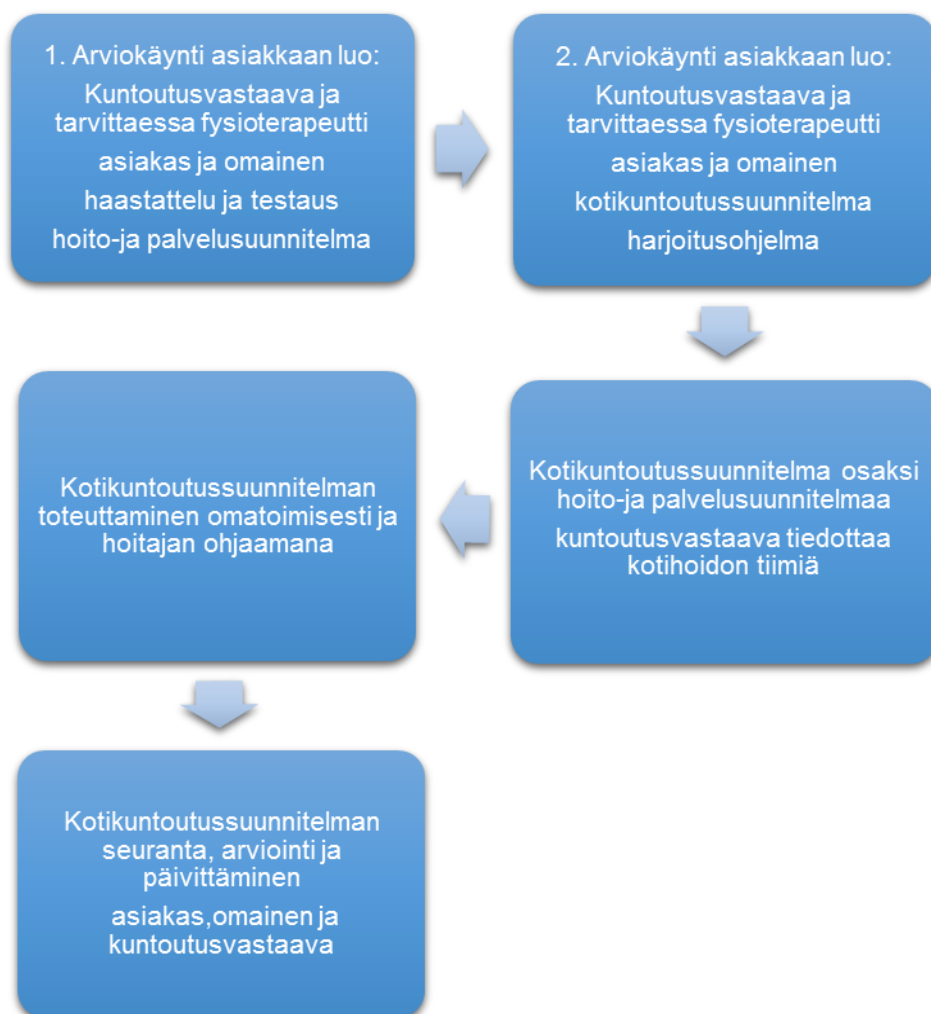
Kuntosali- ja tasapainoryhmät kotona asumisen tukena. Fysioterapeuttien ohjaamat kuntosali- ja tasapainoryhmät ovat tarpeellisia asiakkaiden kotona asumisen tukemisessa. Tavoitteellisia lihas- ja tasapainoharjoituksia sisältävät ryhmät ovat myös sosiaalisessa merkityksessä tärkeitä asiakkaille. Monet asiakkaat ovat heikkokuntoisia, kuitenkin vielä kotona asuvia, jolloin yhteisesti järjestetty kuljetus on ainoa keino mahdollistaa heidän ryhmään osallistuminen. Kotiin annettavien palveluiden järjestämien ryhmien maksut pitää saada yhtenäisiksi koko Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella. Tarpeellista on pohtia, mitkä ryhmät ovat omaa toimintaa ja mitkä ryhmät voidaan järjestää yhteistyötahojen toimesta.

Varhainen puuttuminen. Keinoja puuttua varhain ikääntyneen toimintakyvyn muutoksiin olisi esim. järjestää avopalvelukeskus Viikkarin Valkamassa fysioterapeutin en-

nalta ehkäisevää vastaanottoa, toimintakyvyn testausta, liikuntaneuvontaa, kotikäyntejä, ryhmiin ohjaamista, ravitsemusohjausta, yms. (Kemikangas sähköposti 5.10.2016.)

4.3 Porin Perusturvan kotihoidon moniammatillinen kotikuntoutusmalli

Vertailemalla esimerkkeinä olevia toimintamalleja päädyin kuviossa 2. esitettyyn malliin. Kaikissa esimerkki malleissa on yhteistä, että asiakkaan toimintakyky arvioidaan haastattelun ja testauksen avulla, laaditaan kuntoutussuunnitelma osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa, toteutetaan kuntoutusta yhdessä asiakkaan ja kotihoidon työntekijän sekä tarvittaessa fysio- ja toimintaterapeuttien kanssa sekä arvioidaan asiakkaan kuntoutumisen etenemistä ja päivitetään kuntoutussuunnitelma. Luomani malli on hyvin lähellä Posan toimintamallia.



Kuvio 2. Porin Perusturvan kotihoidon moniammatillinen kotikuntoutusmalli

4.3.1 Ensimmäinen arviokäynti

Kun kotihoidon asiakkuus alkaa, kuntoutusvastaava tekee asiakkaan luo ensimmäisen arviokäynnin. Asiakkaan luona kartoitetaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten tarvittavat tiedot ja testataan asiakkaan toimintakykyä SPPB-testin avulla. Jos kyseessä on sairaalasta kotiutunut asiakas, kutsutaan jo ensimmäiselle arviokäynnille myös fyysioterapeutti mukaan. Asiakasta ja omaista informoidaan toimintakykyä edistävästä työotteesta ja kotikuntoutussuunnitelman laadinnasta. Kuntoutusvastaava perustelee ja motivoi asiakasta osallistumaan oman kotikuntoutussuunnitelman tavoitteiden ja harjoitteiden laadintaan. Myös omaisen osallistaminen asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen tärkeää. Asiakkaan ja omaisen kanssa sovitaan kotihoidon palveluista sekä kotikuntoutuksen toteuttamisesta. Jos asiakas suostuu kotikuntoutukseen, sovitaan uusi käynti kotikuntoutussuunnitelman laatimiseksi sekä harjoitusohjelman läpikäymiseksi.

4.3.2 Toinen arviokäynti

Kuntoutusvastaava laatii yhdessä asiakkaan kanssa kirjallisen kotikuntoutussuunnitelman, johon kirjataan ylös asiakkaan tavoitteet ja yksilölliset harjoitteet. Asiakkaalle jää kotikuntoutussuunnitelmasta oma kappale sekä harjoituspäiväkirja. Tällä käynnillä kuntoutusvastaava ohjaa asiakkaalle harjoitteet, joita asiakas voi itsenäisesti, omaisen tai hoitajan kanssa suorittaa päivittäin. Harjoitusohjelma sisältää lihaskunto- ja tasapainoharjoitteiden lisäksi päivittäisten toimintojen ja arkiaskareiden harjoittamista asiakkaan oman tavoitesuunnitelman mukaan.

Jos asiakas on kotiutunut sairaalasta, on tällä käynnillä mukana myös fyysioterapeutti. Sairaalasta kotiutuneella kotihoidon asiakkaalla on tarvetta tehostetulle moniammatilliselle kotikuntoutusjaksolle, jonka avulla asiakkaan toimintakykyä pyritään palauttamaan ennen sairaalajaksoa olleelle tasolle. Fysioterapeutti ja kuntoutusvastaava sopivat yhdessä asiakkaan kanssa kotikuntoutusjakson pituudesta ja sisällöstä, mm. työnjaosta kotihoidon ja fysioterapian välillä, asiakkaan tarpeen mukaan.

4.3.3 Kotikuntoutussuunnitelma osaksi hoito- ja palvelussuunnitelmaa

Kuntoutusvastaava kirjaa asiakkaan kanssa laaditun kotikuntoutussuunnitelman hoito- ja palvelussuunnitelmaan kotihoidon Efficatietojärjestelmään ja myös terveystietojärjestelmään Effican hoitokertomukseen. Kotikuntoutussuunnitelma tulee olla kaikkien asiakasta hoitavien tahojen nähtävillä. Tällä hetkellä esim. fysioterapeutit eivät pääse näkemään kotihoidon Efficassa olevia asiakkaan hoito- ja palvelussuunnitelmia. Kuntoutusvastaavan tulee tiedottaa muita kotihoidon tiimin työntekijöitä asiakkaan kotikuntoutussuunnitelmasta ja huolehtia siitä, että kaikki asiakasta hoitavat työntekijät toimivat kotikuntoutussuunnitelman mukaisesti. Jokaviikkoisessa tiimipalaverissa kuntoutusvastaava arvioi ja pohtii yhdessä tiimin työntekijöiden kanssa asiakkaan kuntoutumisen edistymistä ja tavoitteiden saavuttamista.

4.3.4 Kotikuntoutussuunnitelman toteuttaminen

Kotihoidon työntekijät tukevat asiakasta käynneillään kotikuntoutusohjelman suorittamisessa. He kannustavat asiakasta päivittäisiin toimiin ja arkiaskareisiin sekä harjoitusohjelman suorittamiseen. On tärkeää antaa asiakkaan toimia itsenäisesti ja avustaa vain niissä toiminnoissa, missä asiakas apua tarvitsee. Harjoittelusta muistuttaminen ja kannustaminen sekä harjoituspäiväkirjan ylläpitäminen asiakkaan kanssa ovat hoitajan keinoja lisätä asiakkaan omaa motivaatiota harjoitteluun.

4.3.5 Kotikuntoutussuunnitelman seuranta, arviointi ja päivittäminen

Kuntoutusvastaava huolehtii asiakkaan kuntoutumisen seurannasta. Viikoittaisissa tiimipalavereissa asiakkaan kuntoutumista väliarvioidaan tiimin työntekijöiden kesken. Kuntoutusvastaava tekee asiakkaan luo seurantakäynnin 36 kuukauden kuluttua kotikuntoutussuunnitelman laadinnasta. Tarvittaessa kuntoutusvastaava voi tehdä seurantakäynnin aiemminkin, jos asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu esim. äkillinen heikkeneminen. Seurantakäynnillä kuntoutusvastaava haastattelee asiakasta, havainnoi asiakkaan toimintakykyä ja teettää asiakkaalle uudelleen SPPB-testin. Arvioinnin pohjalta kuntoutusvastaava päivittää asiakkaan kanssa kotikuntoutussuunnitelman ja harjoitusohjelman. Asiakkaan kanssa asetetaan uudet tavoitteet kuntoutumiselle. Samalla

käynnillä kuntoutusvastaava päivittää myös asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman. Omaisen läsnäolo seurantakäynnillä olisi suotavaa. Tarvittaessa kuntoutusvastaava on yhteydessä fysioterapeuttiin, jos tarvetta asiantuntija-apuun ilmenee.

4.4 Kuntoutusvastaavan toimenkuva Porin Perusturvan kotihoitoon

Jokaisesta kotihoidon tiimistä valitaan yksi tai kaksi henkilöä kuntoutusvastaaviksi. Kuntoutusvastaava on peruskoulutukseltaan vähintään lähihoitaja, joka koulutetaan ikääntyneen asiakkaan fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Täydennyskoulutusta voidaan ostaa ulkopuoliselta kouluttajalta esim. Ikäinstituutilta tai järjestää omana toimintana Porin perusturvan kotiin annettavien kuntoutuspalveluiden fysioterapeuttien toimesta.

Kuntoutusvastaava tekee asiakkaan luo arviokäynnin joko itsenäisesti tai yhdessä fysioterapeutin kanssa. Arviokäynnillä kuntoutusvastaava haastattelee ja arvioi asiakkaan fyysistä toimintakykyä, mm. selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa sekä tekee asiakkaalle SPPB-toimintakykytestin. Arvioinnin perusteella hän laatii yhdessä asiakkaan ja hänen omaisen kanssa kotikuntoutussuunnitelman. Kotikuntoutussuunnitelma kirjataan osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja sen tulee olla kaikkien asiakasta hoitavien tahojen nähtävillä, kuten fysioterapeuttien, sairaalan ja intervallihoidon työntekijöiden. Kuntoutusvastaava tiedottaa tiiminsä muita työntekijöitä asiakkaalle laaditusta kotikuntoutussuunnitelmasta ja huolehtii siitä, että kaikki ne tiimin työntekijät, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon, toteuttavat yhdessä sovittua suunnitelmaa. Ongelmatilanteissa kuntoutusvastaava ottaa yhteyttä alueelle nimettyyn fysioterapeuttiin ja yhdessä hänen kanssaan ratkovat esille tulleita ongelmia. Fysioterapeutti voi osallistua tarvittaessa myös kotihoidon tiimipalaveriin.

Kuntoutusvastaava tekee asiakkaalle seurantakäynnin 36 kuukauden kuluttua kotikuntoutussuunnitelman laadinnasta. Seurantakäynnillä hän arvioi asiakkaan toimintakykyä haastattelemalla, havainnoimalla sekä teettämällä SPPB-testin asiakkaalla uudelleen. Seurantakäynnin arvioinnin perusteella asiakkaan kotikuntoutussuunnitelmaa päivitetään yhdessä asiakkaan kanssa ja asetetaan uudet tavoitteet.

4.5 Porin perusturvan kotihoidon asiakkaan kotikuntoutussuunnitelma

Käytän nimitystä kotikuntoutussuunnitelma laatimastani sopimusmallista, joka solmitaan kotihoidon ja asiakkaan välille kotikuntoutusprosessia ohjaamaan. Kotikuntoutussuunnitelma sisältää viisi eri kohtaa, joiden sisältöä selvitan tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Olen kehittänyt kotikuntoutussuunnitelmalomakkeen (Liite 1), joka toimii kirjaamisen apuvälineenä.

4.5.1 Haastattelu: asiakkaan toimintakyky nyt

Kuntoutusvastaava haastattelee asiakasta ja selvittää asiakkaan tämän hetkistä toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa, arkiaskareissa ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä sekä selvittää asiakkaan harrastuksia. Päivittäisiä toimintoja ovat pukeutuminen, riisuutuminen, ruokailu, peseytyminen, wc-käynnit, liikkuminen sisällä ja ulkona. On tärkeää selvittää, missä toiminnoissa asiakas toimii itsenäisesti ja mihin hän tarvitsee avustamista. Samoin arkiaskareista, kuten ruuan laitto, tiskaus, petaaminen, pyykien huolto, postin haku ja roskien vienti, miten asiakas niistä selviytyy. Asiakkaan toimintakyvyn kartoittamiseksi tulee selvittää myös, miten asiakas pystyy ylläpitämään sosiaalisia suhteita, käykö ystäviä kylässä tai kyläileekö asiakas itse, mitä asiakas harrastaa, osallistuuko asiakas esim. kerhotoimintaan tai liikuntaryhmään. Haastattelussa on tärkeää kirjata ylös asiakkaan oma näkemys ja toiveet. Edellä mainitut seikat kirjataan ylös kotikuntoutussuunnitelmaan.

4.5.2 SPPB-testi

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö, SPPB (Short Physical Performance Battery), on luotettava ja vakiintunut iäkkäiden alaraajojen suorituskykyä mittaava testistö, joka auttaa tunnistamaan ne iäkkäät, joilla on lisääntynyt kaatumisvaara heikentyneen tasapainon tai liikkumisvaikeuden vuoksi. Alaraajojen suorituskyky määrittää ikääntyneen liikkumis- ja toimintakykyä. Heikko tulos SPPB-testissä ennustaa iäkkään liikkumis- ja toimintakyvyn heikkenemistä tulevaisuudessa. Testi soveltuu tehtäväksi sekä koti- että laitospäristössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, joka on perehtynyt testiin

ja testaukseen, voi sen luotettavasti tehdä. (THL 2016; Guralnik JM, ym. 1994; Vasunilashorn, S., ym. 2009.)

SPPB-testi koostuu kolmesta osiosta:

1. tasapainon hallinta kolmessa seisoma-asennossa: jalat rinnakkain, puolitan-dem- ja tandemasennossa
2. omavauhtinen kävelynopeus 4 m:n matkalta
3. viiden kerran tuolilta ylösnohutesti

(Pajala 2012, 108.)

Jokainen osatesti pisteutetään asteikolla 0-4, jossa 0 on heikoin suoritus ja 4 on paras suoritus. Pisteytys perustuu suorituksen aikaan. Osatestien pisteiden summa on testitulokseksi 0-12 pistettä. Testillä voidaan tunnistaa henkilöt, joiden toimintakyky on heikkenemässä. SPPB-testituloksen perusteella voidaan ennustaa mm. tulevia sairaalajaksoja, laitoshoitoon joutumista, liikuntarajoitteita sekä kuolleisuutta. Liikkumiskyvyn heikkenemistä ennustaa alle 10 pisteen tulos ja jos tulos on alle 7 pistettä tai vähemmän, on ikääntyneellä erittäin suuri vaara liikkumiskyvyn heikkenemiseen lähitulevaisuudessa. (Pajala 2012, 109.)

Kuntoutusvastaava tekee asiakkaalle SPPB-testin ja kirjaa tuloksen kotikuntoutussuunnitelmaan. Testin tulosten pohjalta laaditaan asiakkaalle lihasvoima- ja tasapainoharjoitusohjelma. Testi uusitaan 36 kuukauden kuluttua seurantakäynnillä.

4.5.3 Omat toiveet ja tavoitteet

Kotikuntoutussuunnitelmaan kirjataan ylös asiakkaan omat toiveet kuntoutumisesta ja mitkä ovat asiakkaan tavoitteet toimintakyvylleen. Mitkä ovat niitä toimintoja mistä asiakas itse haluaisi vielä selviytyä ja mistä askareista asiakas pitää eniten? Missä päivittäisissä toiminnoissa ja arkiaskareissa asiakas haluaa harjaantua? On tärkeää, että asiakas itse osallistuu oman kuntoutumisensa suunnitteluun määrittelemällä omat tavoitteensa.

4.5.4 Harjoitusohjelma

Harjoitusohjelma laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä ja harjoitteet pyritään liittämään arkitoimintoihin, jotta ne tukevat asiakkaan omatoimisuuden paranemista omassa elinpiirissään. Harjoitukset kirjataan mahdollisimman konkreettisesti suunnitelmaan, esimerkiksi kirjataan että harjoitetaan vuoteesta ylösnousua kyljen kautta tai harjoitetaan aamupuuron keittämistä mikrossa.

4.5.5 Seurantakäynti

Kuntoutusvastaava tekee asiakkaan luo seurantakäynnin 36 kuukauden kuluttua kotikuntoutussuunnitelman laadinnasta. Seurantakäynnillä arvioidaan miten asiakkaan toimintakyky on muuttunut. Pohjana arvioinnissa on laadittu kotikuntoutussuunnitelma. Kuntoutusvastaava ja asiakas pohtivat miten tavoitteet on saavutettu. Seurantakäynnillä tehdään SPPB-testi uudelleen. Haastattelun ja testin tulosten pohjalta päivitetään yhdessä asiakkaan kanssa kotikuntoutussuunnitelma ja laaditaan uudet tavoitteet. Kuntoutusvastaava kirjaa seurantakäynnin tulokset ja uuden kotikuntoutussuunnitelman hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä huolehtii siitä, että muutokset tulevat myös muiden asiakasta hoitavien kotihoidon tiimin työntekijöiden tietoon.

5 TOIMINTAMALLIN ARVIOINTIA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Arviointikysely asiantuntijaryhmälle

Olin esittelemässä opinnäytetyönäni kehrittelemääni toimintamallia Porin Perusturvan vanhuspalvelupäällikköpalaverissa 17.11.2016. Paikalla olivat kaikki kolme vanhuspalvelupäällikköä ja vs. vanhuspalvelujohtaja sekä Porin Perusturvan kuntoutuspalveluiden apulaisosastonhoitaja. Kerroin heille power point -esityksen avulla opinnäytetyöstäni, jonka jälkeen pyysin heitä vastaamaan kirjallisesti laatimaani kyselyyn.

Kyselyn kysymykset olivat:

1. Onko esitetty kuntoutusvastaavan työnkuva mielestäsi toimiva?
2. Miten valitut mittarit soveltuvat mielestäsi mittaamaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyä?
3. Mitä mieltä olet kotikuntoutussuunnitelman sisällöstä?
4. Muutosehdotuksia toimintamalliin?
5. Mitä muuta haluat sanoa?

Vs. vanhuspalvelujohtaja päätti, että he vastaavat kysymyksiin yhteisesti ja toimittavat vastaukset minulle sähköpostitse vielä saman päivän aikana. Kuntoutuspalveluiden apulaisosastonhoitaja halusi vastata erikseen kuntoutuspalveluiden näkökulmasta käsin. Tästä johtuen kyselyyni tuli vain kaksi vastausta.

Esitelmäni aikana virisi vilkasta keskustelua toimintamallista ja pohdintaa mallin käyttöön ottamisesta. Kirjasin esiin tulleita asioita ylös ja käsittelen niitä kappaleessa 6.3.

5.2 Arviointikyselyn vastaukset

Olen merkinnyt kysymyksittäin vanhuspalvelupäälliköiden vastaukset lyhenteellä V1 ja kuntoutuspalveluiden esimiehen vastaukset lyhenteellä V2.

1. Onko esitetty kuntoutusvastaavan työnkuvan mielestäsi toimiva?
 - ”*opinnäytetyössä esitetty kuntoutusvastaavan työnkuva on hyvä lähtökohta toiminnan kehittämiseksi, jota jatkossa tehdään yhteistyössä kuntoutuksen ja vanhuspalveluiden kesken.*” (V1)
 - ”*on, selkeä ja perusteltu toiminta, joka ”sitoutuneen” kuntoutusvastaavan mukana lisää/parantaa asiakkaan toimintakykyä.*” (V2)
2. Miten valitut mittarit soveltuvat mielestäsi mittaamaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyä?
 - ”*Mittareita voisi vielä pilotoida.*” (V1)
 - ”*Hyvin sopivat, nopeasti tehtäviä, ei liian vaikeita. Jossakin kodissa 4 m kävely voi olla ongelmallinen.*” (V2)

3. Mitä mieltä olet kotikuntoutussuunnitelman sisällöstä?
 - ”*Sisältö oli hyvä.*” (V1)
 - ”*Hyvä kun liikkuminen tulee kirjattua tavoitteellisena.*” (V2)

4. Muutosehdotuksia toimintamalliin?
 - ”*Tulevan soten huomioiminen toiminnan kehittämässä.*” (V1)

5. Mitä muuta haluat sanoa?
 - ”*Tulevaisuuden asia, kuntoutusvastaavat otetaan käyttöön, tärkeä asia, voidaan laajentaa ympärivuorokautiseen hoitoon.*” (V1)
 - ”*Selkeä ja hyvin esitetty työ, testejä ei varmaan saada ”koko Suomessa” yhtenäiseksi vaan toiminta-alueet pitävät haluamistaan mittareista kiinni.*” (V2)

5.3 Toimintamallin toimivuus asiantuntijoiden mielestä

Kyselyn vastausten perusteella asiantuntijat suhtautuivat toimintamalliin myönteisesti. He pitivät mallia hyvänä lähtökohtana toiminnan kehittämiseksi yhteistyössä vanhus- ja kuntoutuspalveluiden kesken. Porin Perusturvan kotihoidossa on käyttöönotettu syyskuussa 2016 uusi mobiilitoimintaohjausjärjestelmä. Tästä syystä kotihoidon tiimien työskentelymalli on muokkautumassa uudelleen.

Keskusteluissa tuli esiin, että asiantuntijaryhmän mielestä kuntoutusvastaavia olisi hyvä olla jokaisessa kotihoidon tiimissä, kuitenkin jokaisen kotihoidon työntekijän tulisi pystyä tekemään asiakkaalle arviokäynti. Kotikuntoutussuunnitelman laadinta ja asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin, testaamisen ja harjoittamisen osaamisen tulisi olla kaikkien kotihoidon työntekijöiden hallinnassa. Kotikuntoutussuunnitelman sisältöä he pitivät hyvänä ja sen tulee näkyä hoito- ja palvelusuunnitelmassa, mutta sisältöä on muokattava niin, että se näkyy myös mobiilissa muodossa. Kirjaaminen kotihoidon Efficaan on tärkeää, koska sieltä tieto siirtyy mobiililaitteeseen ja on näin kaikkien kotihoidon työntekijöiden nähtävillä. Kerroin, etteivät fysioterapeutit näe tällä hetkellä kotihoidon Efficaan kirjattuja tietoja. Vs. vanhuspalvelujohtajan mielestä asia on kor-

jattavissa sillä, että ohjelma asennetaan ja käyttöoikeudet myönnetään myös kotiin annettavien palveluiden fysioterapeuteille ja kuntohoitajille. Esille tuli toive listasta, josta näkyy kotihoidon tiimeittäin kuka fysioterapeutti tai kuntohoitaja on vastuussa ja hänen yhteystiedot. Tämä helpottaisi kotihoidon työntekijää ottamaan yhteyttä kuntoutuspalveluihin tarvittaessa.

Keskustelussa nousi esiin kotikuntoutuksen vaikutus asiakasmaksuihin kotihoidon käynnin pidentyessä. Pohdittiin, että siitä syystä on tärkeää informoida asiakasta ja omaista arviokäynnillä ennen kotikuntoutussuunnitelman laadintaa kotikuntoutustoiminnasta ja perustella sen vaikutukset asiakkaan omatoimisuuteen, elämänlaatuun ja palvelutarpeeseen. Lähtökohtana kotikuntoutustoiminnalle on asiakkaan oma suostumus ja osallistuminen.

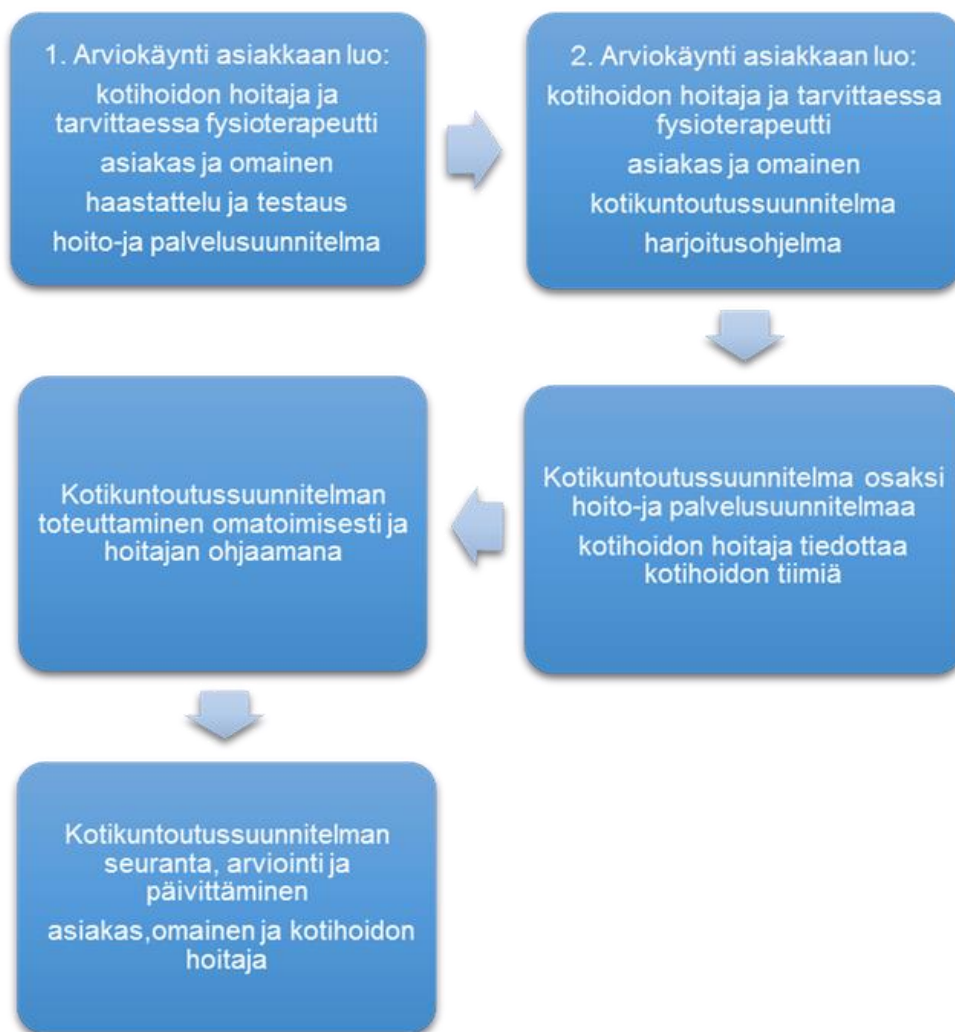
Myös Soten huomioiminen toiminnan kehittämisessä oli keskustelun aiheena. Soten yhtenä painopistealueena on kotihoidon kehittäminen ja Porin Perusturvan vanhuspalveluista on nimetty muutosagentti tätä toimintaa kehittämään. Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittämisessä on tärkeää tehdä yhteistyötä muutosagentin kanssa.

Toimintakykymittareiden soveltuvuudesta käyttöön toivottiin mittareiden pilotointia. Tämä on varmasti hyvä tapa saada käytännön kokemuksia mittarin toimivuudesta, vaikkakin SPPB-testin käyttö on valtakunnallisesti jo melko laaja-alaista ja tutkimuksia sen käytöstä löytyy. SPPB-testi on käytössä mm. Satakunnan keskussairaалassa ja Posassakin päädyttiin vaihtamaan testi juuri siitä syystä, että SPPB-testi on tutkittu mittari ja laajasti käytössä valtakunnallisesti.

Kotikuntoutustoimintamallin todettiin soveltuvan myös ympärivuorokautisiin asumisyksiköihin ja kehittäminen olisi laajennettavissa myös sinne. Kuntoutusvastaava henkilö voitaisiin nimetä joka osastolle.

5.4 Uusittu versio Porin perusturvan kotihoidon moniammatillisesta kotikuntoutusmallista

Tähän uusittuun versioon (Kuvio 3.) on huomioitu asiantuntijaryhmän ehdotus siitä, että arviokäynnin asiakkaan luo voi tehdä jokainen kotihoidon työntekijä, joka on koulutettu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, harjoittamiseen ja seurantaan.



Kuvio 3. Uusittu versio Porin perusturvan kotihoidon moniammatillisesta kotikuntoutusmallista

5.5 Toimintamallin siirtäminen käytäntöön

Kotikuntoutustoimintamallin käyttöönotto Porin Perusturvan kotihoitoon vaatii minun mielestäni oman projektin. Projektin toteuttamiseksi tulee ensin perustaa moniammatillinen työryhmä, jossa on edustajia sekä kotihoidosta että kuntoutuspalveluista. Opinnäytetyönä laatimani toimintamalli voi toimia projektissa kehittämistoiminnan perustana, koska se perustuu Suomessa toteutuneisiin vastaaviin hankkeisiin. Projektin käynnistyminen vaatii johdon hyväksynnän ja tämä on yksi syy miksi esittelin toimintamallin vanhuspalveluiden vs. johtajalle ja päälliköille.

Kotihoidossa ollaan juuri nyt kehittämässä asiakkaan arviointikäynnin sisältöä johtamisen erikoisammattitutkinnon kehittämistyönä. Vs. vanhuspalvelujohtaja ehdotti, että lähdettäisiin pienin askelin kehittämään toimintaa niin, että voisin osallistua asiakkaan arviointikäynnin sisällön kehittämiseen fyysisen toimintakyvyn arvioinnin osalta. Tämä on hyvä päänavaus yhteistyön ja moniammatillisen toiminnan kehittämiseksi Porin Perusturvan kotihoidossa.

6 POHDINTA

Opinnäytetyöni päätavoitteena oli kehittää Porin perusturvan vanhuspalveluiden kotihoidon toimintaa niin, että kotihoidon asiakkaan yksilöllinen kotikuntoutus on osa päivittäistä kotihoitoa. Perusteellisen pohdinnan ja opinnäytetyöni ohjaajani opastamana päädyin kehittämään toimintamallin, jonka pohjalta Porin perusturvan vanhuspalveluissa ja kuntoutuspalveluissa voidaan aloittaa kotihoidon moniammatillisen kotikuntoutuksen kehittäminen.

Lähtökohtana mallin kehittämiseksi oli ensin etsiä tietoa siitä, miten Suomessa on vastaavaa toimintaa kehitetty. Aineistoa pyrin rajaamaan hakemalla vastauksia tutkimuskysymyksiini ja tästä syystä valikoin työhöni malliesimerkeiksi Eksoten, Helsingin, Tampereen ja Posan kotikuntoutusmallit.

Aihealueeseen perehtymiseksi osallistuin myös kahteen Yhteisvoimin kotona –hankkeen seminaaripäivään ja niiden sisällöstä sain sekä aineistoa opinnäytetyöhöni että uskoa työni tekemiseen.

Olin opinnäytetyön tekoprosessin aikana yhteydessä Porin perusturvan kotiin annettavien palveluiden fysioterapeutteihin ja heidän näkemyksensä kotikuntoutuksen kehittämiseksi olivat samansuuntaiset löytämäni aineiston ja omien ajatusteni kanssa. Heidän laatimat kehittämissuhteet tukivat minua toimintamallin luomisessa.

Olin geronomiopintojeni johtamisen ja kehittämistyön harjoittelujakson Porin perusturvan kotihoidossa. Sain tutustua kotihoidon käytännön työhön ja osallistua mm. asiakkaan arviointikäynteihin. Keskustelin opinnäytetyöni aiheesta kotihoidon työntekijöiden sekä esimiesten kanssa ja palaute heiltä oli positiivista, toiminnan kehittämiseen suhtauduttiin myönteisesti. Käytännön harjoittelujaksoni kotihoidossa auttoi minua osaltaan toimintamallin sisällön suunnittelussa.

Parastamalla eli vertailemalla keräämääni aineistoa, hyödyntämällä omaa 25 vuoden työkokemustani iäkkäiden kuntoutuksen alalla sekä geronomikoulutuksen antaman laaja-alaisen vanhustyön osaamisen avulla laadin kotikuntoutustoimintamallin ja kotikuntoutussuunnitelmalomakkeen. Näiden toimivuutta pyysin asiantuntijaryhmän arvioimaan. Tällä tavoin sain myös työelämän edustajien näkökulman esiin toimintamallin muodostamisessa.

Porin perusturvan vanhuspalvelupäälliköistä ja kuntoutuspalveluiden esimiehestä koostuvalle asiantuntijaryhmälle toimintamallin esittely ja heidän antama arviointi toimivat opinnäytetyöni luotettavuuden mittarina. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa mm. käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnassa syntyvä tieto tulee olla todennukaisuuden lisäksi hyödyllistä. (Rantanen & Toikko 2009, 121.) Asiantuntijaryhmän antaman palautteen perusteella toimintamalliani voidaan käyttää lähtökohtana toiminnan kehittämiseksi Porin perusturvan vanhus- ja kuntoutuspalveluissa.

Itselleni opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja opettavainen kokemus, vaikka se vaati melkoisesti työtä. Aineiston ja lähdemateriaalien läpikäyminen oli aikaa vie-

vää ja rajaaminen oli välillä hankalaa. Opinnäytetyöni menetelmän pohdinta tuotti minulle vaikeuksia, mutta siihen sain asiantuntevaa ohjausta omalta opinnäytetyön ohjaajaltani. Into kehittää moniammatillista kotikuntoutusta kotihoitoon oli minulle voimaa antava tekijä läpi opinnäytetyöprosessin. Geronomikoulutuksen antama laaja-alainen vanhustyön osaaminen antoi minulle uuden näkökulman pohtia iäkkäiden kuntoutumiseen ja kotona asumisen tukemiseen vaikuttavia tekijöitä. Moniammatillinen yhteistyö ja ikääntyneen oma osallistuminen ovat tässä avainasemassa.

Olen kiitollinen Porin perusturvan vanhus- ja kuntoutuspalveluille saamastani kiinnostuksesta ja tuesta opinnäytetyötäni kohtaan. Odotan innolla miten tulevaisuudessa kehittämistyö jatkuu Porin perusturvan vanhus- ja kuntoutuspalveluissa ja toivon saavani olla mukana sitä tekemässä yhtenä gerontologisena osaajan

LÄHTEET

Ahde-Koponen, J. 2016. Posan hyvinvointisopimusmallin kehittämisestä Vastaanottaja: minna.rajala@pori.fi. Lähetetty 26.4.2016 klo 13.02. Viitattu 28.9.2016.

Ahde-Koponen, J. 2016. Posan hyvinvointisopimusmallin toimintakykytesteistä. Vastaanottaja: minna.rajala@pori.fi. Lähetetty 29.9.2016 klo 10.48. Viitattu 30.9.2016.

Ahde-Koponen, J. & Joensuu, K. & Levy, S. 2016. Liikettä niveliin-ikä ei ole este harjoittelun aloittamiselle–Toimintakykyä aktivoivat sopimukset kotihoidon asiakkaan arjessa. Viitattu 28.9.2016. http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/yhteivoiminkotona/Documents/Kaikki%20esitykset%20nettisivuille_yvk.pdf

Einset, E. & Krook, P. 2013. Kotikuntoutus – kuntoutusta kotiympäristössä. Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013112919078>

Eksote 2015. Kotikuntoutus. Viitattu 9.9.2016. <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kuntoutus/kotikuntoutus/Sivut/default.asp>

Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. Fysioterapia 2, 3437.

Glendinning C., Jones K., Baxter K., Rabiee P, Curtis L.A., Wilde A., Arksey H. & Forder J.E. 2010. Home Care Re-ablement Services: Investigating the long-term impacts (prospective longitudinal study). Social Policy Research Unit, York

Guralnik, J., Simonsick, E., Ferrucci, L., Glynn, R., Berkman, L., Blazer, D., Scherr, P., Wallace, R. 1994. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. Journal of Gerontology 1994, Vol. 49;2: 85-94.

Halminen, M. 2014. Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne-haasteita ja mahdollisuuksia. Viitattu 29.8.2016. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/yhteivoiminkotona/Documents/Ik%C3%A4ihmisten%20kuntoutus,Markus%20Halminen.pdf>

Helsingin kaupungin www-sivut. Viitattu 14.9.2016. <http://www.hel.fi>.

Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen. Program för arbetsterapi och sjukgymnastik. Rapport .2009. <http://boras.se/download/18.6744cfc712ca27ae7cf80002427/Hemrehabprogram.pdf>

Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 1.2.2016. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1.p.Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kananen, J. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas.2012. Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Kananen, J. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. 2015. Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Kemikangas, H. 2015. Fysioterapeutti, Porin perusturvakeskus kuntoutuspalvelut. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 25.11.2015.

Kemikangas, H. 2016. Porin perusturvan kotiin annettavien palveluiden fysioterapeuttien ehdotus kotihoidon kuntoutustoiminnan kehittämiseksi. Vastaanottaja: minna.rajala@pori.fi. Lähetetty 7.6.2016 klo 15.44. Viitattu 5.10.2016

Keto, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö.1.p.Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kokkinen, M., Lehmus, R. 2013. Kuntoutumissuunnitelma asiakkaan arjen tukena: toimintakyvyn arvioinnista asiakaslähtöiseen kotikuntoutukseen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Viitattu 3.10.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201404094081>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.2013. Helsinki. Viitattu 9.9.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Laberg, T., Ness, N. E. 2012. Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Verkkodokumentti. http://www.ergoterapeuten.no/content/download/50627/188931/file/Laberg_Ness.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980

Lehmus, R. 2015. Kotikuntoutus Eksotessa 20102015. Kuntoutus ikääntyneen tukena palvelupolun joka vaiheessa. Viitattu 9.9.2016. http://www.jyvaskyla.fi/instance-data/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82274_78826_Lehmus_Peurunka3.pdf

Lewin G., Alfonso H. & Alan, J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*: 8, s. 1273–1281.

Lewin, G. & Vandermeulen, S. 2009. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP) – an Australian restorative programme for older home care clients. <http://www.silverchain.org.au/assets/GROUP/research/HSCC-HIP-Controlled-Trial-article.pdf>

Lyytikäinen, M. 2013. Parastaminen (Benchmarking). Viitattu 24.10.2016. <https://www.innokyla.fi/web/malli257974>

Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Health Sciences 74. Viitattu 25.10.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0546-8/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Y. Engström, A-L. Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87134.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy, 108109.

Peiponen, A., Kristensen, M., Arvo, T., Tolkki, P., Pekkanen, M. & Kara, H. 2016. Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015. LOPPURA-PORTTI. Tutkimuksia ja raportteja 3/2016. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen virasto. Viitattu 15.9.2016. <http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf>

Pikkarainen, A. 2015. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus. Viitattu 29.8.2016. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Sattunnaistettu vertailututkimus. Viitattu 3.10.2015. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence>

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa R. Tilvis & Ebeling, P. Geriatria. Viitattu 15.8.2016. <http://www.oppiportti.fi/lil-lukka.samk.fi/op/ger04201/do>

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän (Posa) www-sivut. Viitattu 17.9.2016. <http://www.eposa.fi/>

Pohjolainen, P. 2008. Liikuntaohjelmat ikäihmisten kotihoidossa. Kiikun Kaakun -projektin loppuraportti. Raportteja 1/2008. Helsinki: Ikäinstituutti. Viitattu 30.8.2016. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/68/>

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 3.10.2015. <https://www.pori.fi>

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 31.8.2016. <https://www.pori.fi>

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Viitattu 23.10.2016. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoito ja vahvistetaan kaikenikäisten kotihoitoa. Viitattu 22.11.2016. <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>

Suomalainen, T. 2016. Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. *Fysioterapia* 2, 48.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016. Liikkumis- ja toimintakyvyn testaaminen. Viitattu 19.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/liikkuminen-ja-toimintakyky/liikkumis-ja-toimintakyvynkyvyn-testaaminen>

Tinetti M., Baker D., Gallo W., Nanda A., Charpentier P. & O'Leary J. 2002. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *The Journal of the American Medical Association*: 287 (16), s. 2098–2105.

Tissari, V. 2012. Kotihoidon asiakkaiden liikkumiskyvyn edistäminen liikkumissopimuksen avulla: onnistumisen kokemuksia työntekijöiden näkökulmasta. *KONSEPTI – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti*, 7 (12), 18. Viitattu 14.9.2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153351/9_Tissari_Kotihoidon%20asiakkaiden%20liikkumisen%20edistaminen%20%20liikkumissopimuksen%20avulla.pdf?sequence=2

Toimintakykyä edistävä toiminta. 2016. Esite. Porin Perusturva vanhuspalvelut.

Valkonen, L. 2015. Vuoden vanhusteko 2015 palkinto Etelä-Karjalaan Eksoten kotikuntoutusmallille. *Vanhustyö* 6, 1011.

Vasunilashorn, S., Coppin, A., Patel, K., Lauretani, F., Ferrucci, L., Bandinelli, S. & Guralnik, J. 2009. Use of the Short Physical Battery to Predict Loss of Ability to Walk 400 Meters: Analysis From the InCHIANTI Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1/2009, 223–229

Weckström, T. 2016. Porin perusturvan säännöllisen kotihoidon asiakasmäärä ja kotihoidon työntekijöiden määrä. Vastaanottaja: minna.rajala@pori.fi. Lähetetty 14.10.2016 klo 10.09. Viitattu 15.10.2016.

Vesaranta, H. 2014. Asiakaslähtöisyydestä elämänlähtöisyyteen. Kotikuntoutuksen kehittäminen 2014 loppuraportti. Tampereen Kaupunki. Viitattu 3.10.2015. http://www.tampere.fi/material/attachments/k/naEYluK0q/kotikuntoutuksen_loppuraportti.pdf

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes print-Tampereen yliopistopaino Oy.



KOTIKUNTOUTUSSUUNNITELMA

Asiakas: _____ Henkilötunnus: _____

Haastattelija: _____ Päivämäärä: _____

1. Haastattelu: asiakkaan TOIMINTAKYKY NYT

➤ Päivittäiset toiminnot:	itsenäisesti	avustettuna
Pukeutuminen		
Riisuutuminen		
Ruokailu		
Peseytyminen, wc-toiminnot		
Liikkuminen sisällä		
Liikkuminen ulkona		

Muuta huomioitavaa: _____

➤ Arkiaskareet:	itsenäisesti	avustettuna
ruuan laitto		
tiskaus		
petaaminen		
pyykkien hoito		
postin haku		
roskien vienti		

Muuta huomioitavaa: _____

➤ Sosiaaliset suhteet ja harrastukset:	itsenäisesti	avustettuna
omaiset, ystävät, kyläily		
kerhot		
liikuntaharrastus		

Muuta huomioitavaa: _____

- **lihasvoima-ja tasapainoharjoitteet:** _____

- **ulkoilu:** _____

- **ryhmätoiminta, harrastukset:** _____

Päiväys _____

Kotikuntoutussuunnitelman laativat:

asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

työntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

5. SEURANTAKÄYNTI: päivämäärä: _____ testaja: _____

muutokset toimintakyvyssä

- **päivittäiset toiminnot:** _____

- **arkiaskareet:** _____

- **sosiaaliset suhteet ja harrastukset:** _____

SPPB UUSINTATESTI:

1. Tasapaino _____ / 4p _____ aika
2. Kävelynopeus _____ / 4p _____ aika _____ apuväline
3. Tuoliilta ylösnousu _____ / 4p _____ aika
4. yhteensä _____ / 12p