

Leila Mäkelä

# Kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotihoidon kehittämishanke

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Toimintaterapeutti AMK  
Toimintaterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
01082017

Tekijä(t) Otsikko	Leila Mäkelä Kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät
Sivumäärä Aika	30 sivua + 3 liitettä Joulukuu 2017
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Tutkinto-ohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja	yliopettaja Toini Harra
<p>Väestön ikärakenteen muuttuessa tarvitaan uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resursien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen. Taustalla on ajatus siitä, että kotona tapahtuva kuntoutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja ehkäisee hakeutumista sairaalahoitoon. Helsingin kaupunki lähti kehittämään kotihoitoon moniammatillista kotikuntoutusmallia ”Kotikuntoutusmallista kotihoitoon” -kehittämishankkeessa, joka kesti syyskuusta 2013 kesäkuuhun 2015. Hanke toteutettiin etelän palvelualueen ja Kuntoutuksen osaamiskeskuksen yhteistyönä. Opinnäytetyö on osa ”Kotikuntoutusmallin kriittiset tekijät” -kokonaisuutta, joka muodostuu kolmesta kehittämishankkeelle tehdystä opinnäytetyöstä.</p> <p>Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat kotikuntoutuksen onnistumiseen sen eri vaiheissa. Tavoitteena oli löytää kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavat tekijät kotikuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten yhteiskehittelyssä. Lisäksi työn edetessä kotikuntoutusprosessin kuvaaminen nousi keskeiseksi tarkoitukseksi.</p> <p>Yhteiskehittelyyn osallistuivat hankkeen klinisen työn tekijöitä kotikuntoutustiimeistä. Yhteiskehittely toteutettiin hyödyntämällä kahdessa työpajassa Innokylän kehittämistyöhön tarkoitettua Innopaja-työskentelymallia ja palvelumuotoilun menetelmiä. Opinnäytetyön tekijä toimi työpajojen fasilitaattorina.</p> <p>Opinnäytetyö antaa kuvan yhteiskehittelystä yhden organisaation moniammatillisen ja asiakaslähtöisen palvelun näkökulmasta. Siitä saatu tieto on sovellettavissa muissakin organisaatioissa pohjaksi yhteiskehittelylle. Onnistumisen näkökulmasta kriittiset tekijät nousivat keskusteluista yhteiskehittelytyöpajoissa. Tärkeimpinä tekijöinä yhteiskehittelyyn osallistuneet nimesivät moniammatillisuuden, asiakkaat eli kotikuntoutuksen kohderyhmän (kriteerit, motivaatio, tavoitteet), tiedottamisen ja tiimityön kehittämisen. Yhteiskehittely nousi itsessään myös kriittiseksi tekijäksi. Opinnäytetyön tuloksena totean, että yhteiskehittelyllä organisaatio voi löytää antamalleen palvelulle onnistumiseen vaikuttavat kriteerit. Hyviä käytäntöjä ja valtakunnallisia suosituksia kannattaa hyödyntää kehittämistyön pohjana. Yhteiskehittely vaatii resursseja: aikaa, johtamista, koordinoitua ja työntekijöiden innostusta.</p>	
Avainsanat	kotikuntoutus, arkikuntoutus, asiakaslähtöisyys, yhteistoiminta ja menestystekijät

Author(s) Title	Leila Mäkelä Critical factors of Reablement-model
Number of Pages Date	30 pages + 3 appendices December 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor	Toini Harra, Principal Lecturer
<p>The subject of the thesis has current value because the age structure in Finland is changing and in future the caretaking and rehabilitation will take place more often in home environment. These changes make it important to develop new type of services and resources must be targeted at preventive and goal-oriented reablement. Helsinki city Social Services and Health Department has an initiative to develop a model for reablement. The thesis was made in co-operation with the initiative.</p> <p>The aim of this study was to determine the factors that affect the reablement success. Research questions were: how to identify successful reablement and which factors affect the reablement success.</p> <p>Finally, the thesis also presents how the theory of therapeutic collaboration enables the success of the client-centered reablement.</p> <p>The data was collected from two co-development workshops. The workshop participants were reablement implementers from several professions. Before the workshops, the participants were asked to complete the reablement model prototype answering questions at each stage of the content, the person responsible, the timing and the target (who does what, because and why they are doing it). In the first workshop the team discussed and supplemented the model together. Some critical factors were identified. These critical factors were discussed during the second workshop and practical methods and solutions were found.</p> <p>As an outcome of the thesis can be considered the fact that the organization has to develop the individual reablement service together with the staff. The thesis gives perspective to factors that must be taken into account in the development.</p> <p>The results of the final projects are directly applicable to organizations and occupational therapists' working life. The thesis provides tools to develop multi-professional reablement in their own organizations.</p>	
Keywords	reablement, client-centered, occupational participation, collaboration

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Helsingin kaupungin kotikuntoutuksen nykytilanteen kuvaus</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Kotona toteutuva kuntoutus</b>	<b>6</b>
3.1	Kotikuntoutus	6
3.2	Arkikuntoutus	6
<b>4</b>	<b>Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen</b>	<b>8</b>
4.1	Asiakaslähtöisyyden määrittelyä	8
4.2	Yhteistoiminta osallistumisen mahdollistajana	9
4.3	Onnistumiseen vaikuttavia menestystekijöitä	9
<b>5</b>	<b>Opinnäytetyön tavoite ja kehittämistehtävä</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Kotikuntoutusmallin tuottaminen yhteiskehittelyllä</b>	<b>12</b>
6.1	Yhteiskehittelytyöpaja I	15
6.2	Yhteiskehittelytyöpaja II	16
<b>7</b>	<b>Kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavat tekijät eri vaiheissa</b>	<b>18</b>
<b>8</b>	<b>Johtopäätökset</b>	<b>25</b>
<b>9</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>27</b>
	Lähteet	30
	<b>Liitteet</b>	<b>31</b>
	Liite 1 Tiedote tutkimuksesta	
	Liite 2 Kotikuntoutus I työpajan kutsukirje	
	Liite 3 Kotikuntoutus II työpajan kutsukirje	

## 1 Johdanto

Helsingin kaupungin strategisena tavoitteena on varmistaa ikääntyneille ihmisille turvallinen ja arvokas elämä. Palvelurakennetta uudistetaan lisäämällä kotiin annettavia ja kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoidon. Kotikuntoutusmalli kotihoidon -kehittämishankkeen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston eteläisen palvelualueella vuosien 2013–2014 tavoitteena oli selvittää olemassa olevien kuntoutusresurssien käyttöä ja rakentaa systemaattinen toimintamalli kotikuntoutukselle. Projekti toteutettiin eteläisen palvelualueen ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen yhteistyönä kaupungin omilla resursseilla.

Kehittämishanke noudatti tiivistä Helsingin kaupungin strategiaohjelmaa vuosille 2013–2016. Strategian tavoitteena on varmistaa ikääntyneille ihmisille turvallinen ja arvokas elämä. Helsingin kaupungin palvelurakennetta uudistetaan lisäämällä kotiin annettavia ja kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoidon. Kotihoitoa, omaishoitoa, toipilasajan hoitoa ja kuntoutusta kehitetään ikääntyneiden toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Helsingin kaupungin strategiaohjelmassa 2013–2016 on mainittu, että kotona asuvien osuutta 75 vuotta täyttäneistä kasvatetaan ja laitoshoidon osuutta ympärivuorokautisesta hoidosta pienennetään (Helsingin kaupunki 2013: 6, 8). Tämä edellyttää uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen.

Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani on Helsingin kaupungin itäisen, kaakkoisen ja keskisen terveysaseman sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloiden vastaava toimintaterapeutti Meri Pekkanen. Toive yhteistyölle on noussut tarpeesta kehittää kotikuntoutusta.

Aihe on ajankohtainen ja merkittävä väestön ikärakenteen muuttuessa ja hoidon sekä kuntoutuksen painottuessa tulevaisuudessa kotiympäristöön. Tämä edellyttää uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen.

Aiheesta on tehty samaan hankkeeseen kaksi muuta opinnäytetyötä (Kokkonen – Nieminen 2015 ja Kotilainen – Vuori 2015). Niiden aiheina ovat asiakkaan toiminnallinen osallistuminen ja arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuus asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa.

Opinnäytetyön kohderyhmänä ja hyödynsaajana ovat kotikuntoutusta suunnitteleva ja toteuttava henkilöstö ja esimiehet. Opinnäytetyö edistää kotikuntoutuksen kehittymistä organisaatiossa ja hyödyttää kotihoidon asiakkaita. Työntekijät hyötyvät yhteiskehittämisestä, koska voivat työpajoissa tuoda esille näkemyksiään, löytää ratkaisuja ja sitoutua yhteistyöhön. Asiakkaan ääni tulee kuulluksi hankkeen toisessa opinnäytetyössä, ja tässä opinnäytetyössä kohteena ovat työntekijät.

Helsingin kaupunki (sosiaali- ja terveysvirasto) myönsi samanaikaisesti tutkimusluvan kolmeen opinnäytetyöhön. Tutkimuksen aikana syntynyt materiaali on luottamuksellista, ja siihen osallistuneiden työntekijöiden yksittäisiä mielipiteitä ei ole tuotu julki ilman osallistujien lupaa, elleivät he sitä itse ole erikseen pyytäneet.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on auttaa kehittämään Helsingin kaupungin kotikuntoutusta siten, että se edistää ikääntyvien ihmisten mielekästä ja itsenäistä elämää ja osallistumista omaan kuntoutukseensa. Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on yksi askel isommassa kehittämistyössä, ja se palvelee kehittämishankkeen toteutusta tunnistamalla palveluprosessin elementtejä. Työn keskeisiä käsitteitä ovat kotikuntoutus, arki-kuntoutus, asiakaslähtöisyys, yhteistoiminta ja menestystekijät.

## 2 Helsingin kaupungin kotikuntoutuksen nykytilanteen kuvaus

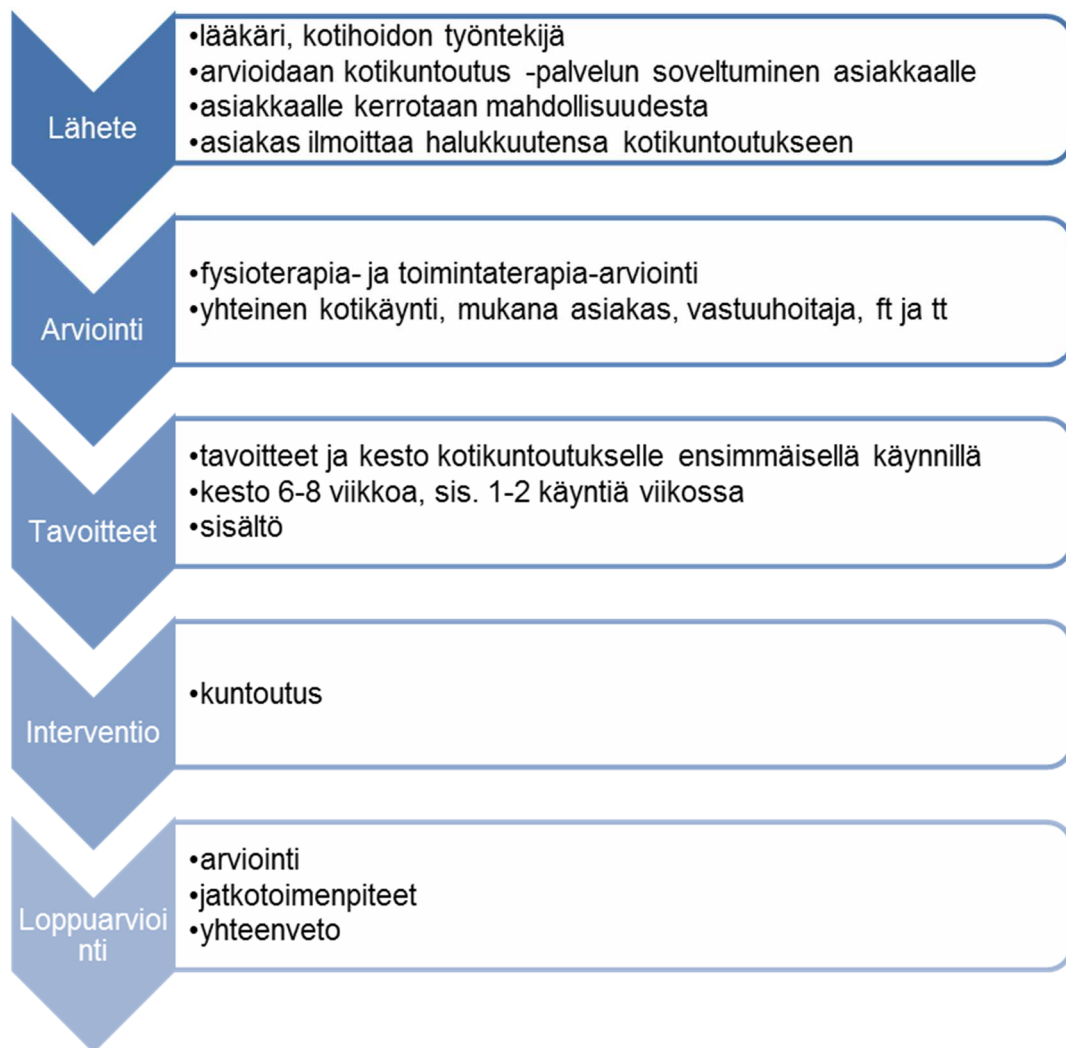
Kotikuntoutusta toteutettiin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden eteläisen palvelualueen ja kuntoutuksen osaamiskeskusten yhteistyönä syyskuusta 2013 kesäkuuhun 2015 kaupungin omilla resursseilla Keskisen alueen kotihoidossa sekä Vallilan ja Kallion kotihoitotiimeissä. Kotikuntoutustiimin muodostivat edellä mainittujen alueiden kotihoidon työntekijät sekä Kuntoutuskeskus (Kuntoutuksen osaamiskeskus, fysio- ja toimintaterapiapalvelut) alueelle nimeämät fysio- ja toimintaterapeutti. Tiimien käytössä oli hankkeen ajan edellä mainittujen toimijoiden lisäksi yksi fysioterapeutti. (Pekkanen 2014.)

Kotikuntoutuksen kohderyhmän koko oli 10 asiakasta kerrallaan ja kotikuntoutusjakson kesto 6–8 viikkoa. Tarkoituksena oli, että asiakkaiksi otettiin toipilasvaiheessa olevia, sairaalasta kotiutuvia, lievästi muistioireisia, kaatuilevia asiakkaita, joiden elämänhallinnassa oli tapahtunut muutos ja/tai joiden arvioitiin hyötyvän tehostetusta kotona tapahtuvasta kuntoutusjaksosta. Mallin mahdollisesta jatkamisesta ja laajentamisesta päätettiin vuoden 2015 aikana. (Helsingin kaupunki 2015: 23.)

Kotihoidon lääkäri laatii lähetteen (lisää maininnan asiakkaan potilasasiakirjoihin/YLE-lehdelle) kotikuntoutuksen tarpeesta. Ajatus sen tarpeesta on voinut herätä lääkärillä tai kotihoidon työntekijällä. Kotihoidon työntekijä (yleensä terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja) tekee alkukartoituskäynnin, jonka aikana hän kertoo asiakkaalle mahdollisuudesta kotikuntoutukseen ja arvioi kotikuntoutuksen sopivuutta. Asiakas voi myös kieltäytyä osallistumasta, tai tarvitaan enemmän aikaa kiinnostuksen ja rohkeuden rakentamiseksi. Asiakkaan motivoituminen on tärkeää, ja sitä edesautetaan kokonaisvaltaisella asiakaslähtöisellä tavoitteiden asettelulla. (Pekkanen 2014.)

Jos asiakas kiinnostuu kotikuntoutuksesta, toiminta- ja fysioterapeutti tekevät omat arviointikäyntinsä. Sen jälkeen sovitaan yhteiskäynti asiakkaalle, läsnä ovat asiakkaan lisäksi kotihoidon vastuuhoidtaja sekä toiminta- ja fysioterapeutti. Tapaamisessa sovitaan kuntoutuksen tavoitteet ja aikataulu. (Pekkanen 2014.)

Kotikuntoutuksessa painotus on toimintakyvyn edistämässä ja ylläpysymisessä tai elämänhallinnan parantumisessa, ei sairauksien hoitamisessa. Jakso kestää tavoitteista riippuen 6–8 viikkoa sisältäen 1–2 toiminta- ja/tai fysioterapeutin käyntiä viikossa, jakson lopulla tehdään loppuarviointi. (Pekkanen 2014.)



Kuvio 1. Kotikuntoutuksen nykyinen käytäntö

Nykyisen käytännön kehittämisen käynnistämiseen vaikuttaa usea asia. Kaiken aikaa kotihoidossa on lisääntynyt keskustelu kotikuntoutuksen tarpeesta kotihoidon asiakkailla. Olemassa olevien kuntoutusresurssien käytöstä on myös epäselvyyttä. Kehittämiseen on myös tarve, koska Helsingin kaupungilta puuttuu systemaattinen kustannustehokas toimintamalli kotikuntoutuksesta. Lisäksi muista kaupungeista on saatu hyviä kokemuksia toimivasta kotikuntoutuksesta. (Pekkanen 2014.)



### 3 Kotona toteutuva kuntoutus

Kotona toteutuvaa kuntoutusta määritellään muun muassa koti- ja arkikuntoutuksena. Kotikuntoutus viittaa enemmän Suomessa käytössä olevaan toimintamalliin sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja arkikuntoutus pohjautuu Norjassa ja Tanskassa kehitettyyn pohjoismaiseen malliin kotona toteutuvasta palvelusta.

#### 3.1 Kotikuntoutus

Aikaisemmassa opinnäytetyössä samalle työelämäkumppanille on määritelty kotikuntoutuksen käsitettä (Einset – Krook 2013). Opinnäytetyöllä pyrittiin selvittämään, mistä elementeistä kotikuntoutus muodostuu, ja luomaan määritelmä sekä kotikuntoutuksesta että toimintaterapeutin roolista kotikuntoutuksessa. Integroivan kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun tuloksista muodostettiin kotikuntoutuksen määritelmä, kotikuntoutuksen prosessimalli sekä toimintaterapeutin roolin määritelmä.

Tässä työssä kotikuntoutuksella tarkoitetaan interventioprosessia, jota asiakkaan kanssa toteuttavat ainakin toimintaterapeutista, fysioterapeutista ja sairaanhoitajasta koostuva moniammatillinen tiimi yhdessä kotikuntoutukseen koulutettujen kotihoitajien kanssa. Intervention keskimääräinen kesto on noin kuusi viikkoa, ja se tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä. Interventio koostuu toimintaterapeutin tekemästä alkuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta ja loppuarvioinnista. (Einset – Krook 2013: 40.)

Kotihoidolla tässä työssä tarkoitetaan Helsingin kaupungin palvelua, jolla tuetaan kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei suoriudu itse. Helsingissä kotihoidon tehtävänä on turvata vanhusten, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että huolimatta toimintakyvyn heikentymisestä eläminen kotona on turvallisesti mahdollista. (Helsingin kaupunki 2014.)

#### 3.2 Arkikuntoutus

Norjan toimintaterapeuttiliitto on kehittänyt mallin arkikuntoutuksesta (*hverdagsrehabilitering*). Arkikuntoutus on toimintaterapeuttien pohjoismainen viitekehys moniammatilliselle ja asiakaslähtöiselle kuntoutukselle, jonka avainsanoja ovat itsenäinen kotona asuminen ja merkityksellinen toiminta. Arkikuntoutus tuottaa asiakkaan elämään lisäarvoa

ja auttaa ratkaisemaan ikäihmisten laitoshoidon tuomia kustannuksia yhteiskunnassa. (Tuntland – Ness 2014.)

Arkikuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakkaan osallistumista yksilöllisesti omaan arkeensa. Tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen sekä aktiivisuuden lisääntyminen omassa arjessa. (Tuntland – Ness 2014.)

Arkikuntoutus aloitetaan aina kysymällä asiakkaalta, mistä askareista asiakas haluaa suoriutua omin avuin. Arkikuntoutus keskittyy tavoitteellisesti ja intensiivisesti arkiaskareisiin, joita kuntoutettava itse pitää merkityksellisinä. Arkikuntoutukseen kuuluu keskeisesti asiakkaan aktiivinen osallistuminen. Kuntoutuksen aluksi kuntoutettava määrittelee itse henkilökohtaiset tavoitteensa. Tällainen toiminnallinen tavoite voi olla esimerkiksi sukien vetäminen jalkaan itse tai lähikaupassa käynti omin avuin.

Norjalaisen mallin mukaan arkikuntoutus aloitetaan varhaisessa vaiheessa, ja se kestää rajatun ajan asiakkaan kotona tai lähialueella. Se on tiivistä yhteistyötä toiminta- ja fysioterapeutin sekä kotihoidon henkilökunnan välillä. Sen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan omatoimisuutta arjessa, että hän voi jatkaa asumista kotona, elää aktiivisesti ja osallistua sosiaaliseen elämään ja yhteiskuntaan.

Arkikuntoutus perustuu ajatukselle, että asiakas itse ohjaa osallistumistaan ja arjenhallintaansa. Norjalainen malli antaa mahdollisuuden ottaa mukaan omaiset, muut läheiset ja vapaaehtoiset. Tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma lähtevät yksilön toiveista, edellytyksistä ja tarpeista. Sitä, että asiakas itse määrittelee toimintatavoitteet, pidetään ratkaisevan tärkeänä menestymisen kriteerinä, ja siitä voi olla apua, kun joudutaan selvittämään ammatillisia erimielisyyksiä tai eettisiä ongelmia.

Monen eri ammattialan yhteistyö on yksi tärkeimmistä arkikuntoutuksen piirteistä. Yksi ammattikunta ei yksinään pysty vastaamaan kaikesta arkikuntoutukseen liittyvästä työstä. Tiimien tärkein tehtävä on laatia kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa laajan, moniammatillisen arvioinnin pohjalta. Vastuullisten ammattihenkilöiden tärkeä tehtävä on neuvoa asiakkaan kanssa työskentelevää henkilökuntaa, perehdyttää arkikuntoutukseen ja varmistaa tuotettujen palveluiden laatu. (Tuntland – Ness 2014.)

## 4 Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen

### 4.1 Asiakslähtöisyyden määrittelyä

Kotikuntoutuksessa on olennaista asiakslähtöisyys. Salminen ja Tuulio-Henriksson (2012) kiteyttävät kuntoutuksen asiakslähtöisyyden asiakkaiden näkökulmasta kolmeen keskeiseen tekijään: 1) riittävä kuntoutukseen liittyvä tiedotus ja neuvonta, 2) asiakkaan yksilöllisten tarpeiden sekä näkemysten arvostaminen ja huomioon ottaminen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ja 3) koordinoitunut, yhteistyössä toteutetut ja jatkuvat palvelut.

Minna Laitila (2010) tiivistää asiakslähtöisen toiminnan prosessiksi, jossa kunnioitetaan ja huomioidaan asiakkaan yksilöllisyys, asiantuntijuus, mielipiteet, kokemukset ja voimavarat.

Toimintaterapeutti kunnioittaa asiakasta ja hänen päätöksiään, toimii asiakkaan asioiden ajajana tunnistuen asiakkaan tarpeet sekä arvostaen asiakkaan kokemuksia ja tietoja. (Townsend – Polatajko 2007).

Cole ja Tufano (2008) toteavat yhdeksi asiakslähtöisen ajattelumallin keskeiseksi tekijäksi *mahdollistamisen* (enablement): asiantuntemuksen jakaminen niin, että asiakas pystyy laatimaan tarkoituksen mukaiset tavoitteet ja tekemään valintoja osallistumisen esteiden poistamiseksi.

Toimintaterapian tehtävä on mahdollistaa asiakkaan toimintaa. Asiakslähtöisen lähestymistavan mukaan mahdollistaminen tapahtuu yhteistyössä asiakkaan kanssa. Mahdollistaminen toimintaterapiassa tarkoittaa sitä, että asiakas on aktiivinen osallistuja kaikissa toimintaterapiaprosessin vaiheissa. Asiakkaana voi olla yksilö, ryhmä, yhdistys, hallinto-organisaatio tai jopa väestönosa. Toiminnan asiakslähtöinen mahdollistaminen vaatii toimintaterapeutilta taitoja mukauttaa, puhua puolesta, valmentaa, tehdä yhteistyötä, neuvotella ja konsultoida sekä koordinoita, suunnitella, opettaa, sitoutua ja erikoistua. (Townsend ym. 2007.)

#### 4.2 Yhteistoiminta osallistumisen mahdollistajana

Asiakaslähtöisyys on keskeinen osa toimintaterapeutin työtä. Tutkimuksen mukaan se ei kuitenkaan aina todellisuudessa toteudu eikä toimintaterapia edistä asiakkaan itsenäisyyttä ja yksilöllisyyttä. Tästä asiasta tulee toimintaterapeutin asiantuntijana kantaa vastuuta ja työskennellä aktiivisesti poistaakseen asiakaslähtöisyyden esteitä. Toimintaterapiassa tilannekartoitus (ongelmanmäärittely) ja tavoitteiden asettelu tehdään pääsääntöisesti yhdessä asiakkaan kanssa, ja etenkin näissä tilanteissa toimintaterapeutin tulee edistää asiakkaan itsenäisyyttä. (Kjellberg ym. 2012.)

Toini Harra on väitöskirjassaan (2014) rakentanut kolme yhteistoimintaa koskevaa jäsennystä, joiden tarkoitus on edistää yhteistoimintaa toimintaterapiassa kuin muissakin erilaisissa suhteissa. Terapeuttisen yhteistoiminnan tavoitteena on lisätä siihen osallistuvien toimintamahdollisuuksia, osallistumista ja hyvinvointia. Terapeuttinen yhteistoiminta on ”asiakkaan ja terapeutin yhdessä harkitsemaa ja toteuttamaa tekemistä asiakkaan toimintaan liittyvän ongelman ratkaisemiseksi mielekkäällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla”. Yhteistoiminnassa toimintaympäristö vaikuttaa aina sen toteutumiseen ja edistymiseen. (Harra 2014.)

Terapeuttisen yhteistoiminnan prosessi koostuu kolmesta osasta: vastavuoroisesta suhteesta, keskustelevasta harkinnasta ja mielekkästä toiminnasta yhdessä. Se edellyttää osallistujilta voimavaroja, valmiuksia ja halua yhdessä toimimiseen. ”Erityisesti terapeutilta se vaatii vastavuoroisuuden hyveiden ohjaamaa toimintaa eli hyvän tahtomista toiselle, oikeudenmukaisuutta ja kohtuunmukaisuutta sekä toisen loukkaamattomuuden kunnioittamista ja luottamusta siihen, että toinenkin toimii vastavuoroisuuden hyveiden mukaisesti”. (Harra 2014.)

Yhteistoiminnan merkitys tälle työlle on edistää asiakaslähtöisyyden toteutumista, hyödyntää olemassa olevaa tutkimusta ja esitellä työvälineitä kotikuntoutuksen onnistumiseksi.

#### 4.3 Onnistumiseen vaikuttavia menestystekijöitä

Tässä kehittämistyössä tutkitaan tavoitteellisen kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä eli menestystekijöitä.

Kriittiset menestystekijät ovat asioita tai asiantiloja, joissa onnistuminen tai epäonnistuminen vaikuttaa pitkällä aikavälillä ratkaisevimmin ja välittömimmin organisaation menestymiseen. Kriittiset menestystekijät johdetaan päämääristä, ja niiden valinnan taustalla on luonnollisesti myös visio. Kriittiset menestystekijät vastaavat kysymykseen, missä asioissa organisaation on ehdottomasti onnistuttava, jotta päämäärät ja sitä kautta visio saavutetaan. (Pauni 2008.)

Projektin hallintaan liittyvässä kirjallisuudessa todetaan usein, että projektin onnistumisen kannalta projektin tarkoituksen ja tavoitteiden määrittämisellä on hyvin keskeinen rooli. Projektin onnistumista käsittelevissä tutkielmissa esille nousee oikeastaan aina ylimmän johdon tuen tärkeys. (Viirakorpi 2000.) Jos onnistumiseen vaikuttavat tekijät saadaan vahvistettua mallin hyviksi käytännöiksi, päästään näin parempiin tuloksiin asiakkaan ja organisaation kannalta.

Kotikuntoutus tuotetaan organisaatiossa moniammatillisena tiimityönä. Suomalaisilla työpaikoilla on erinomaiset mahdollisuudet saada aikaan sellainen jatkuvaan kehittämiseen perustuva työ kulttuuri, jossa kaikkien organisaatiotasojen osaamista ja kokemusta kunnioitetaan ja käytetään. Työturvallisuuskeskus on nimennyt julkaisussaan Menestyvä työpaikka työpaikkojen menestykseen vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat muun muassa luottamus, oikeiden asioiden tekeminen, yhteinen kehittäminen, henkilöstön hyvinvointi ja työn sujuvuus. (Tanskanen 2013.)

Einset ja Krook (2013) ovat tuoneet esille muun muassa seuraavia olennaisia kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavia osatekijöitä: asiakkaan motivaatio, moniammatillisuus, kehittävä työote, kuntoutusprosessin johtaminen/koordinointi, asiakastytyväisyys sekä kustannustehokkuus/taloudellisuus.

## **5 Opinnäytetyön tavoite ja kehittämistehtävä**

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on auttaa kehittämään Helsingin kaupungin kotikuntoutusta, jolla edistetään ikääntyvien ihmisten mielekästä ja itsenäistä elämää ja osallistumista omaan kuntoutukseensa.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat kotikuntoutuksen onnistumiseen sen eri vaiheissa.

Kehittämistehtävänä on löytää kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavat tekijät kotikuntoutukseen osallistuvien ammattilaisten yhteiskehittelyssä. Kehittämistehtävän lisäksi työn edetessä kotikuntoutusprosessin kuvaaminen nousi keskeiseksi tarkoitukseksi.

Opinnäytetyö antaa kuvan yhteiskehittelystä yhden organisaation moniammatillisen ja asiakaslähtöisen palvelun näkökulmasta. Siitä saatu tieto on sovellettavissa muissakin organisaatioissa pohjaksi yhteiskehittelylle.

Onnistumisen näkökulmasta kriittiset tekijät nousivat keskusteluista yhteiskehittelytyöpajoissa. Tärkeimpinä nousivat esiin moniammatillisuus, asiakkaat eli kotikuntoutuksen kohderyhmä (kriteerit, motivaatio, tavoitteet), tiedottaminen ja tiimityön kehittäminen. Yhteiskehittely nousi itsessään myös kriittiseksi tekijäksi.

## 6 Kotikuntoutusmallin tuottaminen yhteiskehittelyllä

Yhteiskehittely on työskentelytapa, jossa tietyn asian kehittämiseen liittyviä kysymyksiä ja haasteita työstetään työpajassa (Innopaja 2014). Yhteiskehittely toteutettiin hyödyntämällä työpajoissa Innokylän kehittämistyöhön tarkoitettua Innopaja-työskentelymallia.

Innopaja-työskentely perustuu Innokylän innovaatiomalliin, joka jäsentää koko prosessin tarpeiden tunnistamisesta ideointiin, konseptointiin ja käytäntöön viemiseen. Työskentely on avointa, tarvelähtöistä ja moniäänistä. Innopajassa kehitettävän asian kannalta keskeiset toimijat voivat osallistua kehittämiseen tuomalla keskusteluun omia näkökulmiaan. Työskentely vahvistaa kehittämistä, jossa erilaiset näkökulmat huomioidaan läpi kehittämisprosessin. Innopajan järjestäminen edellyttää Innokylän innovaatiomallin sekä pajatyöskentelyn periaatteiden tuntemista. Periaatteet ovat seuraavat: työskentelyllä on yhteinen kohde, keskeiset toimijat osallistuvat ja kaikki näkökulmat ovat saman arvoisia. Pajan järjestäjä huolehtii pajan järjestämisestä koituvista kustannuksista (esim. työskentelytila, materiaalit). (Innopaja 2014.)

Yhteiskehittelyprosessissa tuloksellisuus ilmenee kaikkien osapuolien hyötymisenä. Hyödyt konkretisoituvat kolmella tavalla: tiedon tuottaminen syvenee, kehittämistoiminnan laatu paranee ja hyvinvointi vahvistuu. Yhteisen tiedon tuottamisessa korostuvat osallistujien aktiivinen ja sitoutunut toiminta, jossa myös hiljainen tieto tulee kuuluvaksi. Näin rakentuu uudenlaista, jalostunutta tiedon tuottamista. Kyse on myös osaamisen laajentumisesta, samalla kun ymmärrys toisten osaamisesta kasvaa. (Harra – Mäkinen – Sipari 2013.)

Yhteiskehittelyllä saadaan tehostettua kehitystoimintaa. Tämä näkyy analysointitaitojen kehittymisenä, käsitteellistämisen vahvistumisena ja tulosten juurtumisena käytäntöön kehittämistoiminnan aikana. Hyvinvointia vahvistavat vaikutusmahdollisuuksien lisääntyminen, yhteistyön vahvistuminen ja työhyvinvoinnin paraneminen. Myös johtamiskäytännöt kehittyvät. (Harra – Mäkinen – Sipari 2013.)

Yhteiskehittelyllä saadaan lisäarvoa organisaation kehittämistoimintaan, koska uusi hyvä käytäntö muodostuu uuden tiedon tuottamisen, uusien toimintatapojen kehittämisen ja oivaltavan oppimisen systeeminä kokonaisuutena. Prosessi sitouttaa toimijat jakamaan kokemuksiaan ja osaamistaan. Tällainen prosessiasetelma itsessään tuottaa lisäarvoa myös osallistujille. (Harra – Mäkinen – Sipari 2013.)

Prosessi synnyttää sekä yksilöllistä että yhteisöllistä hyvinvointia. Hyvinvointia voidaan kuvata kokemus- ja kehitysikunoiden avulla. Yksilöllinen hyvinvointi perustuu ihmisen kokemusmaailmaan. Yhteiskehittelyssä keskeisiä, osallistujien esille tuomia kokemuksia ovat oman osaamisen syveneminen ja laajeneminen, yksilön ideoiden ja ajatusten esille tuominen sekä niiden käyttö. Yksin tekeminen koetaan kuormittavaksi, yhdessä tekemisessä sen sijaan saadaan tukea ja vahvistusta toisilta. Tällä on koettua hyvinvointia lisäävä vaikutus. (Harra – Mäkinen – Sipari 2013.)

Yhteisöllinen hyvinvointi perustuu yhdessä toimimiseen ja kehittämiseen. Sille on ominaista yhteisöllinen oppiminen ja kollektiivisen viisauden rakentuminen. Kumppanuus ja toisten auttaminen ovat myös keskeisiä ulottuvuuksia. Oleellista ovat lisäksi yhteisesti jaettu ymmärrys kehittymistoiminnan visioista, tavoitteista ja menetelmistä sekä yhdessä rakentuvat käsitteet. Näiden avulla syntyy jaettua ymmärrystä käytännön kehittämisestä ja sen kehittämiseen. Pirstaleisten tulosten sijaan muodostuu toimivia kokonaisuuksia. (Harra – Mäkinen – Sipari 2013.)

Liike-elämässä yhdessä kehittämistä kutsutaan palvelumuotoiluksi. Palvelumuotoilussa uusi ajattelu tuo laajemman kokonaisuuden tarkasteltavaksi. Palvelussa on kysymys enemmän kuin pelkästä tuotteesta, ja siihen liittyy myös tapahtumat, jotka liittyvät tuotteen rakentamiseen sekä tuottamiseen. Se voi olla kokonaan uusi tapa, miten palvelu tuotetaan. Muotoiluajattelu tarkoittaa kyseenalaistamista ja optimistista tarttumista haasteisiin. Lisäksi tutkitaan toimintaa rajoittavia asioita. (Miettinen 2011.)

Palvelujen konseptoinnilla tarkoitetaan sitä, että kuvataan palvelutuokio ja palvelupolku sekä muut tuottamiseen liittyvät resurssit. Lisäksi esitetään konkreettisesti, miten palvelu tuotetaan ja millaisia ovat sen rakenne ja päävaiheet. Tämä voi olla hyvä tapa esittää uusia palveluideoita yrityksen sisällä. Konseptoinnissa on tärkeää tuoda esille myös sitä, mitä lisäarvoa palvelu tuo yritykselle. (Innopaja 2014.)

Palvelujen konseptointi voi koskea yksittäistä palvelua tai sitten järjestelmää katsottuna käyttäjän näkökulmasta. Konseptoitavan palvelun ei tarvitse olla vielä olemassa. Konseptointi voi koskea myös käyttäytymismalleja, joita tutkitaan palvelujen suunnittelussa. (Miettinen 2011.)



Palvelumuotoilun keinoista työpajoissa käytettiin seuraavia menetelmiä:

#### 1) Prototypointi

Palvelujen prototypointi konkretisoi ja visualisoi suunnitteilla olevan uuden palveluidean erilaisten mallien avulla. Innovatiiviset menetelmät sisältävät luovia menetelmiä, esimerkiksi työpajoja, mallinrakentamista tai päiväkirjan pitämistä (visualisointi). (Miettinen 2011.)

#### 2) Service blueprint

Service blueprintillä tarkoitetaan prosessikaaviota ja palvelun yksityiskoh-  
taista mallia, jossa esitetään palvelun eri osien liittyminen toisiinsa. Blue-  
printing tuo näkyväksi sen tosiasian, että palveluprosessi ei ole sama pal-  
veluntarjoajalla ja asiakkaalla; molemmissa on esimerkiksi paljon toiselle  
osapuolelle näkymättömiä toimintoja. Työpajoissa keskityttiin palveluun  
työntekijöiden näkökulmasta. (Innopaja 2014.)

#### 3) Arvostava haastattelu (appreciative inquiry)

Toteutus jaetaan yleensä neljään vaiheeseen: a) Tunnistaminen (disco-  
very): Tunnistetaan yhteisössä koettuja huippuhetkiä ja onnistumisia. Yh-  
teisön jäsenten kertomien tarinoiden kautta jaetaan onnistumisia ja mieti-  
tään, mikä ne mahdollisti. b) Unelmointi (dreams): Onnistumistarinoiden  
pohjalta luodaan yhdessä visio tulevaisuudesta. Minne haluamme päästää?  
c) Suunnittelu (design): Luodaan strategiat, joilla unelmaan päästään. d)  
Jaettu ymmärrys (destiny): Jaetaan uudet tulevaisuudennäkymät toisten  
kanssa, keskustellaan ja jaetaan ajatuksia. Prosessin lähtökohtana on yh-  
teinen tiedon tuottaminen tai etukäteen toteutettu tiedonkeruu, jossa etu-  
käteen mietittyjen kysymysten avulla kerätään tietoa yhteisön onnistumi-  
sista, vahvuuksista ja huippuhetkistä. Koottua materiaalia voidaan joko kä-  
sitellä yhteisesti, tai prosessista vastaava ydinjoukko voi koota aineistosta  
suoraan erilaisia visioita, joita työstetään yhdessä eteenpäin. Oleellista kui-  
tenkin on, että tiedontuottamiseen osallistuneet yhteisön jäsenet pääsevät  
kommentoimaan aineistosta tehtyjä tulkintoja ja vaikuttamaan prosessin  
lopputuloksen sisältöön ja muotoiluun. (Innopaja 2014.)

#### 4) Viisi kertaa miksi

"5 - Whys" eli viisi kertaa miksi on analyysimenetelmä, jota käytetään, kun  
halutaan löytää todellinen syy ongelmaan. Kysymällä viisi kertaa miksi saa-  
daan syvempi ymmärrys asioiden taustoista, ja se mahdollistaa syy- ja seu-  
raussuhteiden selvittämisen. Menetelmä vie usein pohjimmaisen, yksinker-  
taisen syyn tai perustelun luo ja mahdollistaa siten muutoksen. Se voi myös  
viedä pohjan koko kyseenalaistetulta asialta, jolloin voidaan keskittyä tär-  
keämpiin kysymyksiin. (Innopaja 2014.)

#### 5) Äänestys

Aineisto kerättiin yhteiskehittelytyöpajoissa. Työpajoihin kutsuttiin kotikun-  
toutuksen toteuttajat (liite 1). Työpajoja toteutettiin kaksi. Ennen työpajoja  
osallistujia pyydettiin alkukartoituskyselyllä täydentämään kotikuntoutus-

mallin prototyyppiä ja vastaamaan kysymyksiin jokaisesta vaiheesta: sisältö, vastuuhenkilö, ajoitus ja tavoite (kuka tekee, mitä tekee, koska tekee, miksi tekee).

## 6.1 Yhteiskehittelytyöpaja I

Ensimmäisessä työpajassa tavoitteena oli keskustella ja täydentää mallia yhdessä. Toisessa työpajassa tavoitteena oli käydä läpi esiin nousseita teemoja, joilla nähdään vaikutusta prosessin onnistumiseen (liitteet 2, 3).

Yhteiskehittelytyöpajat toteutuivat 16.2. ja 3.3., ja ne olivat kestoiltaan puolitoista tuntia. Työpajoihin osallistui kotihoidon ohjaaja, lähihoitaja, terveydenhoitaja, kaksi fysioterapeuttia, toimintaterapeutti ja kotihoidon lääkäri. Osallistujat valikoituivat eri tiimeistä, ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Yhteiskehittelytyöpajan fasilitaattorina toimi opinnäytetyön tekijä. Osallistujat saivat etukäteen tiedoksi pajan aiheen, joten he pystyivät osallistumaan kehittelyyn myös ennakkotehtävien avulla. Työpajan jokainen osallistuja oli tasavertainen. Periaatteena työpajassa oli, että kehittämisen kohde oli tiedossa ja yhteinen, mutta varsinaisessa tilanteessa lähdettiin rakentamaan yhteisiä toimintatapoja omia näkemyksiä keskustelussa reflektoiden.

Fasilitaattori huolehti kaikkien osallistumisesta ja turvallisuudesta muun muassa jakamalla puheenvuoroja ja tuoden esille luottamuksellisuuden. Ensimmäisessä työpajassa tuli myös esille, että nykykäytännön kriittinen tarkastelu vei suunniteltua pidemmän ajan. Fasilitaattori pyrki haastamaan tiimiä puhumaan uudesta työtavasta ja nykykäytäntöjen muuttamisesta muun muassa tulevaisuuden haaveilu -kävelyllä.

Heti työpajan alussa tuli esille, että osallistujat olivat motivoituneita keskustelemaan kotikuntoutuksen kehittämisestä yhdessä, vaikka alkuperäinen suunnitelma aiheiden käsittelyjärjestyksestä ei toteutunut. Tiimi ei lähtenyt mukaan kehittämään keskustelua ennen kuin he olivat tulleet kuulluiksi kotikuntoutuksen toteuttajina. Osallistujien sitoutuminen oli hyvää, ja kaikki halusivat osallistua myös toiseen työpajaan. Oli hyvä ratkaisu antaa tilaa keskustelulle, ja yhteisen näkemyksen ja ymmärryksen löytäminen oli tärkeää jatko yhteistyölle.

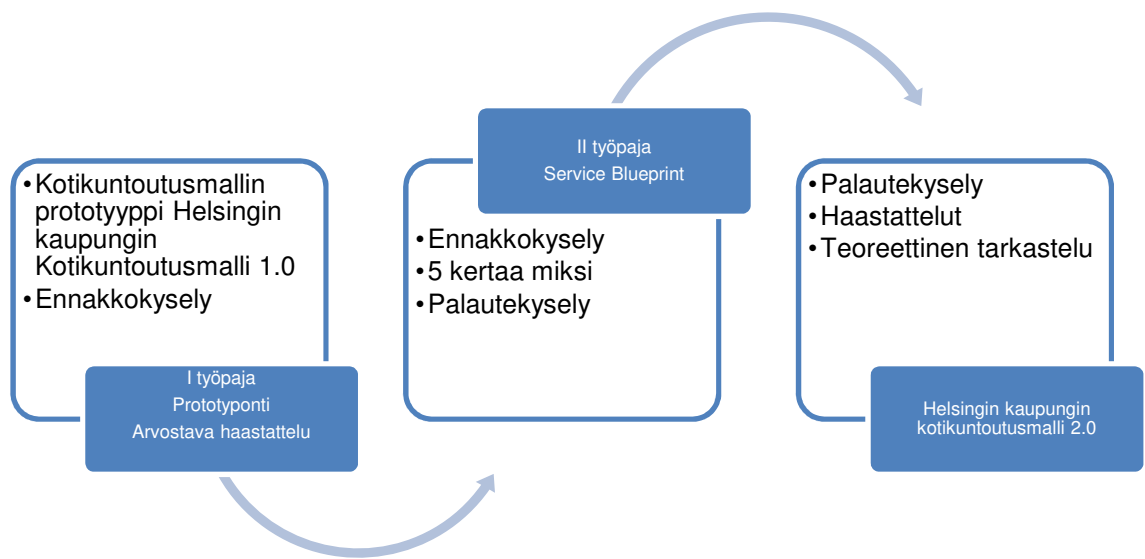
Kuviossa 2 kuvataan yhteiskehittely jatkumona. Ennen työpajojen alkamista työryhmälle lähetettiin sähköpostitse kirjattuna nykyinen käytäntö taulukkoon, jossa jokainen osallistuja vastasi kysymyksiin: kuka tekee, mitä tekee, mikä on työvaiheeseen käytetty aika ja

mikä vaikuttaa vaiheen onnistumiseen. Fasilitaattori kokosi kyselyistä yhteenvedon, joka toimi keskustelun pohjana ensimmäisessä työpajassa. Jokaisella osallistujalla oli työpaperi edessään, ja sen lisäksi seinälle tehtiin prototyyppiä tarralapuille. Arvostavan haastattelun avulla fasilitaattori ohjasi keskustelua ja käytäntöjen todentamista esimerkiksi sanoittamalla ääneen asioita: ”Ymmärsinkö nyt oikein, että...” tai ”Mikä on onnistunein asiakascase...?”. Lisäksi osallistujia tuettiin uusiin näkökulmiin ja ideointiin unelmakävelyllä: ”Lähde kävelemään ja mieti, mikä olisi parasta, mitä voisi tapahtua?” Fasilitaattori kirjasi keskustelun ylös ja teki ehdotuksia tiimille: ”Voisiko tämä toimia?” Tiimillä oli mahdollisuus tyrmätä ehdotus tai muokata sitä. Ensimmäisen työpajan jälkeen osallistujat saivat tuloksen sähköpostitse kommentoitavaksi.

## 6.2 Yhteiskehittelytyöpaja II

Ensimmäisessä työpajassa keskusteltiin enemmän onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä ja toisessa työpajassa keskityttiin varsinaisen mallin rakentamiseen. Osallistujat toivat työpajoissa rohkeasti esille näkemyksiään, joissa näkyi hyvin selkeästi asiakaslähttöisyys ja käytännönläheisyys. Palautteen mukaan osallistujat kokivat yhteissuunnittelun voimaannuttavana ja erittäin hyödyllisenä työn onnistumisen ja motivaation suhteen. Työpajoihin osallistuneilla oli tietoa eri kotikuntoutusmalleista ja käytännöistä Suomessa, silti omien työtapojen kehittäminen omaan organisaatioon soveltuviksi nähtiin ensisijaisen tärkeänä. Palautteessa yksi työntekijä totesi, että sai ”ensimmäistä kertaa työntekijänä äänensä kuuluviin ja tuli kuulluksi”.

Toisessa työpajassa käsiteltiin edelleen prosessinkuvausta. Siihen oli lisätty työskentelyssä esille tulleet vaiheet: aloitteen tekeminen kotikuntoutuksesta sekä jatkosuunnitelman tekeminen asiakkaalle. Fasilitaattorina muokkasin ja jäsensin keskustelua. Palvelumuotoilun keinoista miksi-kysymyksen esittäminen viisi kertaa osoittautui hyödylliseksi. Kokeneilla työntekijöillä oli paljon itsestäänselvyyksiä, ja he saivat uutta näkökulmaa tarkastellessaan toisen tapaa tehdä työtä.



Kuvio 2. Kotikuntoutusmallin yhteiskehittelyn prosessi

Toisessa työpajassa nimettiin kriittiset onnistumiseen vaikuttavat tekijät ja äänestettiin ne tärkeysjärjestykseen. Työpajoissa jätettiin aikaa keskustelun purkamiselle ja jäsentelylle, jotta välttyttiin väärinkäsityksiltä.

## 7 Kotikuntoutusprosessin onnistumiseen vaikuttavat tekijät eri vaiheissa

Tässä luvussa kuvataan yhteiskehittelyn tuloksena syntynyt kotikuntoutuksen prosessimalli vaiheittain: aloite, lähete, arviointi, tavoitteiden asettaminen, interventio, loppuarviointi ja jatkosuunnitelma. Jokaisessa vaiheessa kuvataan toteuttajat, sisältö, käytetty aika, onnistumiseen vaikuttavat tekijät ja asiakkaan osallistumista edistävät tekijät.

Organisaation kannalta kotikuntoutuksen onnistumisen kriteerit löytyvät Helsingin kaupungin strategisista tavoitteista varmistaa ikääntyneille ihmisille turvallinen ja arvokas elämä. Organisaation näkökulmasta voidaan myös tarkastella palvelurakennetta, onko kotona asumista tukevien palvelujen määrä lisääntynyt ja laitoshoidon vähentynyt.

Kehittelytyöpajoissa kotikuntoutusprosessia tarkasteltiin vaiheittain. Kotikuntoutuksen työntekijät toivat keskustellen esiin onnistumista tukevia asioita käytännön kokemuksistaan asiakastyössä. Teemoina esille nousivat asiakkaaseen liittyvät asiat, moniammatillisuus, tiedottaminen, henkilöstö (perehdytys, resursointi, johtaminen), kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden seuranta sekä työn sujuvuus.

Teemat asetettiin äänestämällä tärkeysjärjestykseen. Neljä tärkeintä olivat:

- 1) moniammatillisuus
- 2) asiakkaat eli kotikuntoutuksen kohderyhmä (kriteerit, motivaatio, tavoitteet)
- 3) tiedottaminen
- 4) tiimityön kehittäminen.

Einset ja Krook (2013) ovat tuoneet esille muun muassa seuraavia olennaisia kotikuntoutusprosessin osatekijöitä: asiakkaan motivaatio, moniammatillisuus, kehittävä työote, kuntoutusprosessin johtaminen/koordinointi, asiakastyytyväisyys sekä kustannustehokkuus/taloudellisuus. Yhteiskehittelytyöpajoissa esille nousseet teemat vastaavat hyvin aiempaa tutkimusta.

Kotikuntoutuksen tavoite on arkiaktiivisuuden lisääntyminen, kotona asuminen, mielekäs elämä, toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Kotikuntoutuksen ajallinen kesto on 6–8 viikkoa. Kotikuntoutuksen pituus ja käyntien tiheys määräytyy sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

Kotikuntoutustiimiin kuuluvat kotihoidon hoitajat, kotihoidon ohjaaja, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä.

## Aloite

Aloite kotikuntoutuksesta tehdään kotikuntoutustiimille. Aloitteen tekijänä kotikuntoutukseen voi toimia kuka tahansa: asiakas, asiakkaan omaiset, työntekijät ja vapaaehtois-työntekijät. Lähetete kirjataan asiakkaan asiakirjoihin. Kotipalvelun asiakkaille tiedotetaan mahdollisuudesta ja heitä rohkaistaan osallistumaan, ja asiakas tekee päätöksen osallistumisesta. Aloitteen tekemiseen vaikuttaa se, kuinka hyvin palvelu tunnetaan organisaatiossa ja osana Helsingin kaupungin palveluja. Kotikuntoutus on tarkoitettu kaikille kotihoidon asiakkaille, mutta on olennaista löytää oikea-aikaisesti juuri oikea kohde-ryhmä. Asiakkaan motivaatio on keskeisessä asemassa.

<b>Kuka tekee?</b>	<b>Aloitteen tekijänä voi toimia kuka tahansa: asiakas ja lähipiiri, omaiset, työntekijät.</b>
<b>Mitä tekee?</b>	Työntekijät tiedottavat asiakkaalle mahdollisuudesta kotikuntoutukseen. Työntekijät rohkaisevat ja motivoivat asiakasta kotikuntoutukseen. Asiakas tekee päätöksen osallistua kotikuntoutukseen.
<b>Käytetty aika</b>	1–3 päivän kuluessa
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	Tiedottaminen Työntekijöiden perehdytys Kuntoutuksen kohdentuminen oikeille asiakkaille oikea-aikaisesti
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	Osallistuminen kotikuntoutukseen mahdollistetaan kaikille kotihoidon uusille asiakkaille, motivoituneille asiakkaille – ei diagnooseihin sidottuja kriteereitä. Tiedon välittäminen palveluista ja mahdollisuuksista on tärkeää.

## Lähetete

Tämän hetkisen käytännön mukaisesti kotihoidon tai terveysaseman lääkäri kirjoittaa asiakkaalle lähetteen kotikuntoutukseen. Lääkäri tekee arvion asiakkaan mahdollisuuksista hyötyä kuntoutuksesta, ja lähetete kirjataan terapeuteille tiedoksi. Kotikuntoutus tulee kirjata osaksi asiakkaan palvelusuunnitelmaa.

<b>Kuka tekee?</b>	<b>Kotihoidon tai terveysaseman lääkäri</b>
<b>Mitä tekee?</b>	Lääkäri kirjoittaa fysio- ja toimintaterapialähettesivuille lähetteen kotikuntoutukseen. Lääkäri arvio, onko asiakkaan mahdollisuus osallistua.
<b>Käytetty aika</b>	1 viikon sisällä aloitteen tekemisestä

<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	Yhteistyö asiakkaan työntekijöiden kesken. Tiedonkulku Lähetekäytännön kehittäminen nykyistä joustavammaksi, esim. yhteinen, kirjallinen, sähköinen lähete. Lääkärin tulee saada palaute, jos prosessi keskeytyy.
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	Asiakkaan tulee saada laadukkaita palveluja. Lähetteen tekeminen tulee olla helppoa ja vaivatonta. Tulee luoda uusi lähetekäytäntö, eikä lähetteen kirjoittaminen tarvitse olla yhteen ammattikuntaan sidottua.

### Arviointi

Kotikuntoutuksen alussa arvioidaan asiakkaan toimintakyky. Jokainen ammattiryhmä käyttää arviointiin omia välineitään. Moniammatillisia työkaluja ei vielä ole käytössä, mutta niiden tarve todettiin työpajassa. Arvioinnin tulee tuottaa lisäarvoa kotikuntoutusprosessille, eikä se saa pitkittyä ja vaikuttaa asiakkaan motivaatioon heikentävästi. Tiedottamisessa huomioidaan asiakas ja omaiset sekä kotikuntoutustiimi.

<b>Kuka tekee?</b>	Fysio- ja toimintaterapeutit yhdessä kotihoidon (vastuuhoitaja) kanssa, tarvittaessa sosiaalityöntekijät.
<b>Mitä tekee?</b>	Vastuuhoitaja - RAI - hoito- ja palvelutarpeen arvio  Terapeutit - alkuhaastattelu ja mittaukset - haastattelu - havainnointi - testit - arvioidaan potilaan motivaatiota ja kykyä osallistua/hyötyä kotikuntoutuksesta - liikkumis- ja toimintakyvyn arvio - apuvälinearvio, kodinmuutostyöarvio
<b>Käytetty aika</b>	1 fysioterapiakäynti ja 1 toimintaterapeutin käynti Hoitajan käynnit riippuvat asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta.
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	Asiakasta informoidaan alussa hyvin, mistä on kyse, ja kummankin terapeutin arvioinnit tehdään mahdollisimman lyhyen aikavälin sisällä, jotta alku on napakka ja asiakkaan motivaatio pysyy yllä. Tiedonkulku: kirjaaminen ja esite Yhteistyö/tiimityö Kaikki osapuolet tulevat kuulluksi, myös omainen. Asiakkaan motivaatio

<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	Moniammatillisen työtavan kehittäminen Yhteiset arviointikäytännöt ja -käynnit Asiakaslähtöinen arviointi, esim. COPM Koko työryhmälle yhteistä välineistöä asiakkaan ja omaisten kanssa työskentelyyn Kouluttautuminen ja tiedonjakaminen keskenään kodista kuntoutusympäristönä
---	---

### Tavoitteiden asettaminen

Tavoitteet asetetaan yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen kotikuntoutustiimin kanssa. Tavoitteet tulee olla kirjattuina ja myös asiakkaalla selkeästi tiedossa, mitä toiminnalla tavoitellaan. Tavoitteiden asettamiseen käytetään riittävästi aikaa, ja terapeuttien arvioinnit ovat tiimin käytössä. Tässä vaiheessa on tärkeää käydä dialogia, koska kaikkien sitoutuminen tavoitteisiin on olennaista niiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden tulee olla lähtöisin kuntoutujasta ja mitattavissa olevia.

<b>Kuka tekee?</b>	Kotikuntoutustiimi yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa
<b>Mitä tekee?</b>	Moniammatillinen tavoitepalaveri asiakkaan luona, jossa määritellään selkeät tavoitteet, jotka kirjataan ylös, ja asiakkaalle jää tästä myös kirjallinen versio. Kotikuntoutussuunnitelma kirjataan TOI- ja FYS-lehdille. Vastuuhoitaja lisää tavoitteet ja toimenpiteet myös hoitosuunnitelmaan. Sovitaan loppupalaverin aika 8 viikon päähän.
<b>Käytetty aika</b>	Palaverin kesto 1,5 tuntia Noin viikon kuluttua terapeuttien arvioinnista
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	Asiakas tunnistaa myös itse toiminnallisia ongelmiaan ja on kognitiivisilta valmiuksiltaan kykenevä ymmärtämään kotikuntoutuksen tavoitteet ja asettamaan niitä yhdessä kotikuntoutustiimin kanssa. Kuntoutujalähtöinen tavoitteenasettelu, realistinen ja mitattavissa oleva. Yhteisen ajan löytäminen Moniammatillisuus Hoitajien sitoutuminen ja arjen realiteettien esille tuominen
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	Asiakaslähtöinen tavoitteen asettelu aidosti yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteet kirjataan asiakkaan kielellä. Kotikuntoutus lähtee asiakkaan tavoitteista ja asiakkaalle merkityksellisistä asioista. Asiakkaan tavoitteet ovat koko kotikuntoutustiimin tiedossa.



## Interventio

Kotikuntoutuksen sisältö määräytyy tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteet voivat liittyä esimerkiksi arkiaskareisiin, mielekkääseen tekemiseen tai asiointiin kodin ulkopuolella. Kaikki työntekijät peilaavat oman työtapansa tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutustyöntekijöiltä löytyvät palvelukuvaukset, joita tulee muokata jatkuvasti vastaamaan asiakkaan tarpeita. Kotihoidon työntekijöiden motivointi, innostaminen ja rohkeisuus mahdollistavat asiakkaan osallistumisen. Työotteen tulla olla asiakaslähtöistä ja voimavarakeskeistä. Asiakkaan lähiympäristö otetaan mukaan kotikuntoutusprosessiin.

<b>Kuka tekee?</b>	Kotikuntoutustiimi (ilman lääkäriä) yhdessä omaisten kanssa
<b>Mitä tekee?</b>	<p>Terapeuttien käyntien sisällöt määräytyvät tavoitteiden mukaan.</p> <p>Kotihoitokäyntien yhteydessä tuetaan ja ohjataan asiakasta sovittujen tavoitteiden mukaan.</p> <p>Suunnitelman mukaan liikkumista, arkiaskareita, jumppaa, kodin ulkopuolisiin virikkeisiin tutustumista ja aloittamista.</p> <p>Fysioterapian ja toimintaterapian palvelukuvaukset kotikuntoutuksessa.</p> <p>Palveluihin esim. palvelukeskuksiin tutustumista ja rohkeus osallistua niiden toimintaan.</p>
<b>Käytetty aika</b>	<p>6–8 viikkoa</p> <p>1–2 käyntiä viikossa terapeuteilta</p> <p>1 käynti kotihoitajilta kotikuntoutukseen liittyen</p>
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	<p>Asiakaslähtöisyys:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asiakkaan motivoituminen kuntoutumiseensa ja vointi sen verran vakaa, että voi osallistua intensiiviseen kuntoutukseen</li> <li>- innostus, kannustus, tiedonkulku terapeuttien ja kotihoidon välillä</li> <li>- omaisen mukaanotto jos mahdollista</li> </ul> <p>Tiedonkulku:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kotihoidon tulisi tietää terapeuttien käynnit viikkoa aikaisemmin</li> <li>- asiakkaan oma, sähköinen kalenteri työntekijöiden käytössä</li> </ul> <p>Resurssointi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- koordinointi ja käytännön järjestelyt</li> </ul>
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	<p>Kotikuntoutus on aina tavoitteellista.</p> <p>Kotikuntoutuksessa sovelletaan kuntoutusta ja hoitoa asiakkaaseen, jotta asiakas pääsee tavoitteisiinsa.</p> <p>Tiedonkulun kehittäminen esim. mobiililaitteiden avulla (asiakkaan ja työntekijöiden käytössä).</p>

### Loppuarviointi

Kotikuntoutustiimi pysyy samana koko kuntoutusjakson ajan. Fysio- ja toimintaterapeutit arvioivat toimintakyvyn uudelleen jakson päättyessä, ja yhdessä asiakkaan kanssa keskustellaan tavoitteiden toteutumisesta. Tässä kohden asiakas kokee osallistuneensa, jos tavoitteet on asetettu hänelle merkityksellisiin asioihin ja toimintakykyä tarkastellaan laaja-alaisesti.

<b>Kuka tekee?</b>	Kotikuntoutustiimi, samat kuin alkuarvioinnin tekijät
<b>Mitä tekee?</b>	Käydään kuntoutusjakson tavoitteiden saavuttaminen yhdessä läpi (tehdään arkiliikkumissopimus) Terapeutit: - sama testaus kuin alussa  Koko tiimi: - kootaan tulokset - arvioidaan onnistumista ja toimintatavan sopevuutta
<b>Käytetty aika</b>	1 viikon aikana
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	Tehdään myös jatkosuunnitelma. Sovitaan seuranta-arvioinnista. Arviointi ei saa olla liian raskas/työläs.
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	Kuntoutukselle asetetut tavoitteet ovat asiakkaalle merkityksellisiä. Asiakkaan toimintakykyä tarkastellaan laaja-alaisesti.

### Jatkosuunnitelma

Lopuksi tehdään asiakkaalle jatkosuunnitelma toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Kotikuntoutustiimin tulee myös tarkastella kotikuntoutuksen onnistumista, jotta tiimi voi kehittyä ja kehittää palvelua tavoittamaan oikeat asiakkaat oikea-aikaisesti. Kotikuntoutustiimin tulee tuntea erilaiset mahdollisuudet ja niiden hyöty asiakkaalle. Jatkon suhteen tulee sopia asioista konkreettisesti, esimerkiksi se, kuka huolehtii tutustumiskäynnin järjestämisestä palvelutaloon jne. Asiakkaan ratkaisuja ja valintoja tulee kunnioittaa.

<b>Kuka tekee?</b>	Kotikuntoutustiimi yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa
<b>Mitä tekee?</b>	<p>Tiedotetaan lääkäriä kuntoutuksen toteutumisesta.</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö asiakkaan tarpeista riippuen.</p> <p>Tehdään suunnitelma toimintakyvyn edistämiseksi/ylläpitämiseksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palvelukeskus</li> <li>- vapaaehtoistyön palvelut</li> <li>- kotihoito</li> <li>- terveyskeskus</li> <li>- omaiset ja lähipiiri</li> </ul> <p>Mahdollisuuksien hyödyntäminen. esim. tukityöllistetyt</p>
<b>Käytetty aika</b>	Samalla viikolla loppuarvioinnin kanssa
<b>Onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>	<p>Tiedonkulku</p> <p>Konkreettisista asioista sopiminen, esim. käytännön järjestelyt</p> <p>Seuranta</p> <p>Jatkosuunnitelman tekeminen erilaista, jos asiakas ei ole kotihoidon asiakas.</p> <p>Sovitetaan käytännöistä ja yhteydenotoista.</p> <p>Lääkäri tarvitsee tiedon heti, jos kotikuntoutus keskeytyy.</p> <p>Vaikuttavuuden/hyödyn arviointi</p>
<b>Asiakkaan osallistumista edistävät tekijät</b>	<p>Asiakas on mukana häntä koskevassa päätöksenteossa.</p> <p>Asiakkaan ratkaisuja ja valintoja kunnioitetaan.</p>

## 8 Johtopäätökset

Yhteiskehittelyllä saatiin valmiiksi edellä kuvattu kotikuntoutusmalli. Seuraavaksi sitä tulee testata ja jatkokehittää sekä ottaa asiakkaat mukaan kehittämiseen ja kokeilemiseen. Jatkokehittämisellä päästään vielä syventämään moniammatillista yhteistyötä ja pystytään myös muokkaamaan työntekijöiden työtapoja. Yhteiskehittely vaatii resursseja: aikaa, innostumista, dialogiin suostumista ja omista työtavoista luopumista.

Eri organisaatioissa toteutettavaa yhteistä mallia on vaikea todentaa, joten jokaisen organisaation tulee kehittää oma mallinsa ja omat työtapansa. Keskeisenä on löytää kysymykset, jotka edistävät asiakaslähtöisen kotikuntoutusmallin syntymistä organisaatiossa, esimerkiksi: 1) koska voimme sanoa onnistuneemme kotikuntoutuksessa, 2) mitä olemme valmiit resursoimaan kotikuntoutukseen ja sen kehittämiseen ja 3) onko meillä riittävästi tietoa organisaation kaikilla tasoilla asiakaslähtöisestä kotikuntoutuksesta vai tarvitaanko koulutusta ja yhteiskehittelyä asian konkretisoitumiseksi?

Työpajoissa käytiin paljon keskustelua siitä, miten asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioidaan ja miten suunniteltu kuntoutus saadaan aidosti asiakkaan arkeen sopivaksi. Työntekijöillä on käytännön työssä usein tilanteita, joissa asiakaslähtöisyyden turvaaminen on haasteellista. Tähän vaikuttavat esimerkiksi aikaresurssit, aikataulut ja tiedonkulku. Työn suunnittelu tiimeissä ja sen koordinoiminen ennakolta koettiin haasteellisiksi. Asiakaslähtöisten arviointivälineiden ja yhteistyön kehittäminen tiimeissä nähtiin erityisen tärkeäksi asiaksi, joka tulee ottaa huomioon kotikuntoutuksessa.

Työpajoissa osattiin helposti nimetä onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ja jokaisen osallistujan näkökulmasta tärkeitä työvaiheita. Olennaisimmiksi onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä nousivat moniammatillisuus, asiakkaat, tiedottaminen ja tiimityön kehittäminen. Jokainen näistä tekijöistä on laaja-alainen asia, jonka kehittämiseen ja käytännön kirjaimiseen tarvittaisiin aikaresursointia ja jatkuvaa työn kehittämisen asennetta. Miten siis saadaan kotikuntoutus kohdennettua oikeille asiakkaille oikea-aikaisesti ja miten kotikuntoutusmallista tehdään mielekäs ja kustannustehokas? Työpajoissa keskustelussa tuotiin esille useasti, että prosessien johtaminen ja koordinointi ovat olennaisia onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Aloite	Lähetä	Arviointi	Tavoitteiden asettaminen	Interventio	Loppuarviointi	Jatkosuunnitelma
Asiakkaalla on tieto palveluista ja mahdollisuuksista.	Lähetekäytäntö ja tiedonkulku tiimissä ovat sujuvia motivaation ylläpitämiseksi.	Arvioinnissa käytetään asiakaslähtöisiä arviointivälineitä.	Kuntoutuksella on asiakkaan asettamat realistiset, mitattavissa olevat tavoitteet. Tavoitteet liittyvät asiakkaalle merkityksellisiin asioihin.	Tiimillä on asiakaslähtöiset työkäytännöt, ja kuntoutus toteutuu asiakkaan arjessa. Kotikuntoutustiimi huolehtii tiedonkulusta ja tavoitteiden suuntaisesta yhteistyöstä.	Yhdessä tarkistetaan tavoitteiden saavuttaminen.	Rakennetaan asiakkaan näköinen, yksilöllinen suunnitelma ja aito dialogi asiakkaan ja omaisten kanssa. Suunnitelma edistää asiakkaan arkea ja osallistumista.

Kuvio 4. Kotikuntoutusmalli asiakaslähtöisenä prosessina

Kotikuntoutus tulee nähdä asiakaslähtöisenä prosessina, jossa asiakkaan osallistuminen mahdollistetaan kaikissa vaiheissa. Tämän opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli edistää kotihoidon asiakkaiden osallistumista omaan kuntoutukseensa. Kuviossa 4 on alustava kuvaus osallistumisen tukemisesta. Siihen on poimittu työpajojen osallistujien näkökulmia kotikuntoutuksen eri vaiheista tarkasteltuna asiakaslähtöisyyden ja osallistamisen edistämisen kannalta. Toimintaterapeuttien asiakaslähtöisyyteen liittyvää ydinosaamista kannattaa hyödyntää kotikuntoutusprosesseja kehitettäessä.

## 9 Pohdinta

Kotikuntoutus on noussut entistä ajankohtaisemmaksi työalueeksi toimintaterapeuteille viime vuosien aikana. Tämä opinnäytetyö tuottaa ajankohtaista ja hyödyllistä tietoa asiasta ja on otettavissa käyttöön Helsingin kaupungilla ja muissakin organisaatioissa. Jokaisen organisaation, tiimin ja työntekijän on mahdollista peilata omaa työtapaansa kuvattujen prosessin vaiheiden kautta.

Tänä päivänä luodaan Suomessa ja muissa pohjoismaissa aktiivisesti kotikuntoutusmalleja kotihoidon erilaisille asiakkaille. Silti jokaisen organisaation on kehitettävä oma kotikuntoutusmallinsa ja käytettävä aikaa yhteisten hyvien käytäntöjen löytämiseen ja tiimityön sujuvuuden hiomiseen. Tämän hankkeen myötä sain tutustua Helsingin kaupungin kotihoidon upeisiin ammattilaisiin, jotka osallistuivat pilottihankkeeseen. Olen suunnattoman ylpeä siitä asiakaslähtöisestä työstä, jota kotihoidon työntekijät tekevät. Kiireestä huolimatta oman työn kehittämiseen työpajoissa löytyi aikaa ja motivaatiota. Tässä raportissa käsiteltiin asiakaslähtöisyyttä teoreettisesti käsitteitä avaamalla ja työpajoihin osallistuneet työntekijät kertoivat asiakaslähtöisyydestä käytännönläheisesti.

Osa työntekijöistä koki kotikuntoutuksen markkinoinnin helpommaksi kotihoidon tutuille asiakkaille. Uuden työmuodon perehdyttämiseen ja ”lanseeraukseen” kannattaa käyttää enemmän aikaa, jotta työntekijöiden ymmärrys uuden työtavan mahdollisuuksista ja tavoitteista lisääntyy sekä motivaatio säilyy. Uuden työmuodon juurruttaminen työntekijöille on siis ensiarvoisen tärkeää. Kotihoidon työntekijät ovat olennaisia palvelun markkinointia ajatellen.

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä oli yhteiskehittely-/suunnittelutyöpajat. Nämä osoittautuivat palautteen perusteella hyväksi työtavaksi aiheeseen perehtymiselle sekä sitoutumiselle. Oman asiantuntijuuden esille tuominen ja avaaminen moniammatillisessa työpajassa vievät aikaa, mikä on hyvä ottaa huomioon kehittämistoimintaa käynnistettäessä. Erityisesti yhteistoiminnan keskustelemaan harkinnan toteutukseen tulee varata enemmän aikaa, sillä se on olennainen ja tärkeä vaihe. Resurssointi kannattaa, sillä yhdessä tekeminen sitouttaa ja motivoi henkilökuntaa omien työtapojen muokkaamiseen. Innopajojen ohjeiden mukaisesti työpajoihin käytetään enemmän aikaa. Jos olisi ollut mahdollista, osallistujat olisivat hyötynneet vielä yhdestä tapaamiskerrasta. Yhdessä kehittäminen ja työntekijöiden voimaantuminen oli selkeästi se lisäarvo, jonka tämä opinnäytetyö toi hankkeelle. Yhteiskehittely nousi mielestäni yhdeksi kriittiseksi tekijäksi, joka

vaikuttaa kotikuntoutuksen onnistumiseen. Organisaatio voi tutustua hyviin käytäntöihin, mutta yhdessä on kuitenkin sovittava työtavoista, hiottava moniammatillisuutta ja löydettävä organisaatioon sopivat työkäytännöt. Tämä voisi olla seuraava aiheesta tehtävän opinnäytetyön aiheena.

Jäin pohtimaan, miksi työpajoissa ei noussut esille teemaa koti kuntoutusympäristönä. Jokaisella meistä on koti, ja suhde omaan asuinympäristöön on väistämättä henkilökohmainen. Toimintaterapiassa kuntoutus toteutuu usein asiakkaan luonnollisessa toimintaympäristössä, ja sen arviointi on olennainen osa prosessia yksilöllisine mahdollisuuksineen ja estävine tekijöineen. Työpajoissa ei kyseenalaistettu sitä, että moniammatillisen tiimin kokoukset pidetään asiakkaan kotona. Onko mahdollista miettiä osallistujamäärää, tai miten muutoin voidaan huomioida asiakkaan yksityisyyttä kotona? Koti ei ole kuntoutuslaitos. Kotihoidon työntekijöille asia voi olla myös niin itsestään selvä, että siitä ei ollut tarvetta keskustella.

Kotikuntoutuksessa korostuu luonnollisesti fyysinen toimintakyky, ja sen säilymisen sanottiin olevan usealle asiakkaalle ensisijainen tavoite. Sosiaalityöntekijä osallistuu kotikuntoutukseen vain erikseen pyydettyä. Toimintakyvyn laaja-alainen tarkastelu on tärkeää, ja esimerkiksi sosiaalisten suhteiden merkityksestä hyvinvoinnille löytyy paljon tutkimustietoa.

Terapeuteille intervention sisältö on olennaista ja se, miten kotikuntoutus eroaa muista toiminta- tai fysioterapiapalveluista kotihoidossa. Kotikuntoutuksessa lähdetään liikkeelle yhteisestä työtavasta, ei yksittäisistä toimenpiteistä, jotta asiakkaalle voidaan asettaa tavoitteet sille, miten hän pärjää arjessa.

Työpajoissa emme ehtineet keskustella koordinaatiovastuuasioista. Jokaisen oma työalue ja toimenkuva tuntuivat selkeiltä ja arjessa kuntoutuksen koordinointi sujuvalta. Tiimityön hiomista ja hyvien käytäntöjen kehittämistä kannattaa jatkaa yhdessä sekä kirjoittaa ne malliin auki selkeästi.

Seuranta oli toinen asia, josta ei keskusteltu ajan puutteen vuoksi. Seurantaan kuuluvat asiakkaan tilanteen ja tavoitteiden toteutumisen seuranta sekä kustannusten ja hyödyn seuranta. Näille kaikille tulee rakentaa jatkossa toimiva käytäntö.

Ensimmäinen tutkimuskysymys koski kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät on kirjattu työpajan tuloksina luvussa 7.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, mistä tunnistaa onnistuneen kotikuntoutuksen. Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella onnistuneen kotikuntoutuksen tunnistaa asiakkaan arjessa tapahtuvana asiakaslähtöisenä ja tavoitteellisenä kuntoutuksena sekä moniammatillisena ja kotikuntoutustiimien koordinoituna yhteistyönä.



## Lähteet

Cole, M.B. — Tufano, R. 2008. *Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach*. Thorofare: Slack.

Einset, E. — Krook, P. 2013. Kotikuntoutus — kuntoutusta kotiympäristössä: Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Harra, T. 2014. *Terapeuttinen yhteistoiminta: Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa*. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Harra, T. — Mäkinen, E. — Sipari, S. 2013. Yhteiskehittely hyvinvoinniksi (käsikirjoitusluonnos 7.6.2012). Mikrokirja. Metropolia. [http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla\\_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely\\_esite-digipaper2.pdf](http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely_esite-digipaper2.pdf). Luettu 30.8.2015.

Helsingin kaupunki 2013. Helsingin strategiaohjelma 2013–2016. Verkkojulkaisu. [http://www.hel.fi/static/taske/julkaisut/2013/Strategiaohjelma\\_2013-2016\\_Kh\\_250313.pdf](http://www.hel.fi/static/taske/julkaisut/2013/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313.pdf). Luettu 12.8.2015.

Helsingin kaupunki 2015. Stadin ikäohjelma. Helsingin sosiaali- ja terveyspalvelut ikääntyneille. [www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Helsingin\\_sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut\\_ikaantyneille\\_v09022015.pdf](http://www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Helsingin_sosiaali_ja_terveyspalvelut_ikaantyneille_v09022015.pdf). Luettu 12.8.2015.

Innopaja: käytäntöjen yhteiskehittämisen työpaja. Toimintamalli. Innovaatioyhteisö Innokylän verkkodokumentti. [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi). Luettu 5.12.2014.

Kielhofner, G. 2008. *Model of Human Occupation. Theory and Application*. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kjellberg A. — Kåhlin, I. — Haglund, L. — Taylor, R. 2012. The myth of participation in occupational therapy: reconceptualizing a client-centred approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2012; 19: 421–427. Informa Healthcare.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Miettinen, S. 2011. *Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. 2. painos. Teknologiainfo Teknova.

Pauni, M. 2008. *Strategiat elämään – kuntasektorin strategisen johtamisen opas*. Efeko Oy. Helsinki.

Pekkanen, M. 2014. Itäisen, kaakkoisen ja keskisen Helsingin terveysasemien sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloiden vastaava toimintaterapeutti. Helsinki. Haastattelu 12.11.2014.

Polatajko, H. 2007. Occupational challenges and the person – occupation environment fit. Teoksessa Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. *Enabling Occupations II: Advancing an occupational therapy vision for health, wellbeing & justice through occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Salminen, A.-L. — Tuulio-Henriksson, A. 2012. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa. Teoksessa Mikkola, H. — Blomgren, J. — Hiilamo, H. (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosaston julkaisuja. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Tanskanen, R. 2013. Menestyvä työpaikka – tuottavuus ja työhyvinvointi. Työturvallisuuskeskus. Helsinki.

Townsend, E.A. — Beagan, B. — Kumas-Tan, Z. — Versnel, J. — Iwama, M. — Landry, J. — Stewart, D. — Brown, J. 2007. Enabling: Occupational Therapy's Core Competency. Teoksessa Polatajko, H.J. — Townsend, E.A. (toim.) Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE, 87–133.

Townsend, E.A. — Polatajko, H.J. 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. Canada.

Tuntland, H. — Ness, N. E. 2014. Hverdagsrehabilitering. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn [WWW]. [viitattu 8.10.2010]. Suomen kuntaliitto. Helsinki. ISBN 978-952-213-297-0 (pdf). Verkodokumentti. < <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p071005095633P.pdf>>. Luettu 26.5.2014.

## **Liitteet**

Liite 1 Tiedote tutkimuksesta

Liite 2 Kotikuntoutus I työpajan kutsukirje

Liite 3 Kotikuntoutus II työpajan kutsukirje

## Liite 1

### Tiedote tutkimuksesta

Leila Mäkelä, opiskelija

Toimintaterapia

Hyvinvointi ja toimintakyky

Metropolia ammattikorkeakoulu

[leila.makela@metropolia.fi](mailto:leila.makela@metropolia.fi)

p. 040 823 4413

Kotikuntoutustiimin työntekijä

Pyyntö yhteistoimintatyöpajaan

Kyseessä on opinnäytetyö, jonka tavoitteena on kehittää Helsingin kaupungin kotikuntoutusmallia. Opinnäytetyön nimi on Kotikuntoutusmalli - onnistumiseen vaikuttavat tekijät. Tavoitteena on yhdessä kehittää kotikuntoutusprosessia ja löytää kriittisiä onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Yhteistoimintatyöpajan toteutus

Työpajaan osallistujiksi kutsutaan kotikuntoutuksen toteuttajat. Työpajoja pidetään kaksi. Ennen työpajoja osallistujia pyydetään täydentämään kotikuntoutusmallin prototyyppiä vastaamalla kysymyksiin jokaisesta vaiheesta: sisältö, vastuuhenkilö, ajoitus ja tavoite (kuka tekee, mitä tekee, koska tekee, miksi tekee). Ensimmäisessä työpajassa keskustellaan ja täydennetään mallia yhdessä. Toisessa työpajassa käydään läpi nousseita teemoja, joilla nähdään vaikutusta prosessin onnistumiseen.

Luotettavuus

Yhteistoimintatyöpajaan osallistuminen on vapaaehtoista ja jokaisen osallistuminen on tasa-arvoista. Työpajoissa syntynyt materiaali säilytetään tutkimuksen ajan luottamuksellisesti. Tutkimuksen päätyttyä tuhotaan kaikki materiaali Metropolia ammattikorkeakoulun tiloissa paperisilppurilla.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2015 ja se on luettavissa Metropolia ammattikorkeakoulun kirjastossa sekä Theseus-tietokannassa.

Aihe on ajankohtainen ja merkittävä väestön ikärakenteen muuttuessa ja hoidon painottuessa tulevaisuudessa kotiympäristöön. On tärkeää kehittää kuntoutusta niin että se tukee ihmisen mielekästä kotona asumista.

Liite 2

Hei,

tervetuloa kotikuntoutusprojektiin liittyviin kotikuntoutusmallin yhteissuunnittelutyöpajoihin

tiistaina 10.2.2015 klo 13-15

tiistaina 3.3.2015 klo 13-15

Paikkana: Käenkuja 1 B 7.krs, neuvotteluhuone

Ensimmäisessä työpajassa keskitymme mallin rakentamiseen ja toisessa työpajassa [maaliskuussa](#) aiheena on Helsingin kaupungin kotikuntoutuksen menestekijät.

Toivon Sinun orientoituvan ensimmäiseen työpajaan vastaamalla kotikuntoutusmallikyselyyn

<https://fi.surveymonkey.com/s/SBWMRQP> .Vastaathan 6.2.2015 mennessä. Jos et ehdi vastata, saat näkökulmasi esille työpajassa.

Yhteissuunnittelun lähestymistavasta voit lukea lisää <https://www.innokyla.fi/web/malli167242>

Yhteissuunnittelu on avointa yhteiskehittämistä. Työskentelyssä keskeistä on erilaisten näkökulmien ja tarpeiden esiintuominen ja kuuleminen sekä niiden yhteensovittaminen. Työpajassa eri näkökulmat, osallistujat sekä heidän edustamansa asiantuntemus ovat samanarvoisia. Eri näkökulmat täydentävät toisiaan ja tarjoavat mahdollisuuksien kehitettävän asiaan syvällisempään ymmärtämiseen. Työskentelyssä pyritään tiedon ja osaamisen jakamiseen kaikkien osallistujien kesken yhteisen vuorovaikutuksen ja dialogin avulla. Työpajoihin osallistuminen on vapaaehtoista.

Ilmoittaudu helmikuun työpajaan minulle 9.2.2015 mennessä.

Yhteistyöterveisin

Leila Mäkelä

Toimintaterapeutti (opinnäytetyö liittyy tutkintoni päivittämiseen AMK-tutkinnoksi)  
puh. 040 823 4413

Liite 3

Hei!

Tapaamme ensi tiistaina 3.3.2015 klo 13-15. Paikkana: Käenkuja 1 B 7.krs, neuvottelu-huone. Ohessa kirjaamani kotikuntoutusmallin prototyyppi versio 1.0. Jatkamme työpajassa kirjaamista sekä keskitymme onnistumiseen vaikuttaviin menestystekijöihin.

Mallin kirjaamista voit täydentää työpajassa tai muokkaamalla/kommentoimalla minulle näin sähköpostilla.

Olen huomionut palautekyselyssä esittämänne toiveet työpajan suunnittelussa.

Tervetuloa!

Leila Mäkelä

puh. 040 823 4413