

# IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN OSALLISUUS KOTIKUNTOUTUKSESSA

Asiakkaan osallisuutta edistävän toimintamallin laatiminen

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitaja YAMK  
Sosiaali- ja terveysala  
Uudistava johtaminen  
Syksy 2019  
Netta Mäkinen

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Mäkinen, Netta	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 65, 3 liitesivua	Valmistumisaika Syksy 2019
Työn nimi <b>Ikääntyneen asiakkaan osallisuus kotikuntoutuksessa</b> Asiakkaan osallisuutta edistävän toimintamallin laatiminen		
Tutkinto Sairaanhoidtaja (ylempi AMK)		
Tiivistelmä <p>Väestön ikääntyminen haastaa kehittämään toimintakykyä ja asiakkaan osallisuutta edistäviä palveluita ikääntyneille. Palveluiden painopiste siirtyy ennaltaehkäisyyn ja palvelut pyritään tarjoamaan yhä lähempänä asiakasta hänen omassa toimintaympäristössään. Asiakslähtöisyys ja asiakkaan osallisuuden edistäminen omaavat vahvan poliittisen tahtotilan, mutta niiden toteutumisessa käytännössä on edelleen puutteita.</p> <p>Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli saada kotikuntoutuksen asiakkaat osallistumaan ja motivoitumaan omaan kuntoutumiseensa. Tavoitteena oli laatia asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalouteen Mäntsälään.</p> <p>Kehittämishankkeen lähestymistapana käytettiin palvelumuotoilua. Kehittämishanketta työstettiin yhteiskehittämisen keinoin yhdessä Mäntsälän kotikuntoutuksen kuntouttajien kanssa. Ideointi asiakasta osallistavien keinojen löytämiseksi tehtiin aivoriihi menetelmän avulla, jonka jälkeen kotikuntoutusasiakkaan palvelupolku kuvattiin. Toimintamallin laadinnan apuna käytettiin Service blueprint menetelmää.</p> <p>Asiakkaan osallisuutta kotikuntoutuksessa tukevat aidosti asiakkaan tarpeista määritellyt tavoitteet, kuntoutussuunnitelma, moniammatillisuutta hyödyntävät kuntoutuksen menetelmät sekä kuntoutuksen sitominen asiakkaan arkeen. Kehittämishankkeen tuloksena syntynyt asiakkaan osallisuutta tukevaa toimintamallia voidaan hyödyntää kotikuntoutuksen eri vaiheissa. Keskeistä toimintamallissa on asiakkaan asettaminen toiminnan keskiöön, tavoitteellisuus ja moniammatillisuuden hyödyntäminen kotikuntoutuksen toteutuksessa.</p> <p>Jatkokehittämishaasteena on selkeyttää kotikuntoutuksen ja osallisuuden käsitteitä sekä avata kotikuntoutuksen prosesseja ja toimijoiden roolituksia.</p>		
Asiasanat osallisuus, kotikuntoutus, ikääntynyt, asiakslähtöisyys		

## Abstract

Author(s) Mäkinen, Netta	Type of publication Master's thesis	Published Autumn 2019
	Number of pages 65, 3 pages of appendices	
Title of publication <b>The participation of an elderly client in home rehabilitation</b> Creating an operating model promoting client participation		
Name of Degree Transformational leadership and management		
Abstract <p>The ageing of population challenges the communities to develop services for the elderly that promote the client's participation and functional capability. In the future, health and social services will be focused on prevention and the services will be offered closer to the client. Customer orientation and the promotion of client participation have a strong political will behind them, but there are still shortcomings in their implementation.</p> <p>The purpose of this development project was to motivate the clients of home rehabilitation to participate in their own rehabilitation. The goal was to create an operating model for social and health services of Keski-Uusimaa in Mäntsälä that encourages client participation.</p> <p>The approach used in this development project was service design. The project was designed in co-operation with the rehabilitators of Mäntsälä's home rehabilitation. Brainstorming was done in order to find ways to involve the clients more, after which the service path of a home rehabilitation client was described. The Service blueprint - method was used to create the operating model.</p> <p>The clients' individual needs, a rehabilitation plan, multiprofessional co-operation in rehabilitation and integrating the rehabilitation to clients' everyday life support the clients' participation in home rehabilitation. The operating model from this development project can be used in the different stages of home rehabilitation.</p> <p>The key points in the operating model are goal-orientation, putting the focus on the client and using multiprofessionality approach in home rehabilitation. Further development challenges are clarifying the terms 'home rehabilitation' and 'participation' and explaining the processes and roles of operators in home rehabilitation.</p>		
Keywords participation, home rehabilitation, aged, customer orientation		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT .....	3
2.1	Kohdeorganisaatio .....	3
2.2	Tehostettu kotikuntoutus.....	5
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS.....	9
4	ASIAKKAAN OSALLISUUS .....	10
4.1	Osallisuus käsitteenä .....	10
4.2	Ikääntyneen asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa .....	14
5	ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIKUNTOUTUS.....	19
5.1	Kotikuntoutus ja arkikuntoutus ikääntyneen kotona asumisen tukena .....	19
5.2	Asiakaslähtöisyys ja asiakaslähtöisyyttä edistävät työtavat kotikuntoutuksessa .....	26
6	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT.....	30
6.1	Palvelumuotoilu.....	30
6.2	Aivoriihi.....	33
6.3	Palvelupolku.....	34
6.4	Service blueprint .....	34
7	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS .....	37
7.1	Aikataulu ja eteneminen .....	37
7.2	Aivoriihi-ideointi.....	38
7.3	Palvelupolun kuvaus.....	40
7.4	Toimintamallin laadinta .....	44
8	ASIAKKAAN OSALLISUUTTA KOTIKUNTOUTUKSESSA EDISTÄVÄ TOIMINTAMALLI .....	46
9	POHDINTA.....	50
9.1	Kehittämishankkeen tulosten pohdinta.....	50
9.2	Kehittämishankkeen tulosten ja menetelmien pohdinta.....	52
9.3	Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja arviointi.....	55
9.4	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus.....	56
9.5	Jatkokehittämishaasteet .....	57
	LÄHTEET.....	59
	LIITTEET.....	66

## 1 JOHDANTO

Väestön ikääntymisen myötä tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollossa uusien toimintamallien käyttöönottoa ja asenteiden muuttamista asiakasta voimaannuttavaan ja tukevaan suuntaan. Palveluiden uudistaminen ikääntyneen asiakkaan terveen ja toimintakykyisen arjen turvaamiseksi edellyttää osaamisen kehittämistä sekä kotiin vietävien palveluiden tehostamista. Palveluita tulee kehittää vastaamaan paremmin ikääntyneen asiakkaan tarpeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa laatusuosituksessa korostetaan kunnan järjestelmällistä toimintaa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi. Palvelujärjestelmän tulee kehittyä niin, että ikääntyneet saavat palvelut ensisijaisesti kotiin tai kodinomaiseen paikkaan. Turvallisen arjen turvaaminen ja hyvän elämänlaadun kokonaisvaltainen tukeminen ovat palveluiden kehittämisen lähtökohtana. Palveluiden painopiste siirtyy ennaltaehkäiseviin toimiin, jonka myötä myös kuntoutuksen osuus kotiin vietävissä palveluissa kasvaa ja korostuu. (STM 2017a, 10-29.)

Toimintakyvyn monialainen tukeminen on edellytyksenä ikääntyneiden kotona asumiselle ja sen tukemiseksi tulee kotiin annettavaa kuntoutusta kehittää asiakaslähtöisesti muiden kotiin annettavien palveluiden kehittämisen rinnalla (STM 2012, 24-27). Varhainen puuttuminen ikääntyneen asiakkaan arjen haasteisiin luo asiakkaalle uskoa, luottamusta ja pärjäämisen tunnetta, jonka kautta omatoiminen ja itsenäinen arki kotona mahdollistuu. Terveiden ja toimintakyvyn lisäksi tulee nähdä asiakas ja hänen yksilölliset tarpeensa sekä kuulla hänen toiveensa. Kuntouttavan työtavan juurruttaminen ikääntyneiden eri palvelukokonaisuuksiin vähentää ikääntyneiden palveluiden tarvetta ja mahdollistaa asiakkaiden asumisen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Paltamaa, Pikkarainen & Janhunen 2018, 13-20.)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi korostaa asiakkaan itsemääräämiskeutta ja osallistumista itseään koskeviin asioihin. Tärkeää on lisäksi huomioida asiakkaan osallisuus ja osallistaminen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaan vastuu omasta hyvinvoinnistaan ja toimintakykyä tukeva jatkuva osallisuus auttavat tuomaan kustannussäästöjä sekä edistävät ikääntyneen omatoimista arkea. Omatoimisen arjen turvaaminen ikääntyneen omassa toimintaympäristössä vähentää myös laitoshoidon tarvetta. Asiakkaan osallisuuden huomioiminen vaatii vastaantuloa niin asiakkailta kuin terveydenhuollon toimijoiltakin sekä palvelujärjestelmän rakennemuutosta. Asiakkaan rooli on jatkossa itse kantaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ammattilaisten tuella. (STM 2017a, 10-13.)

Lain ikääntyneiden väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) tavoitteena on tukea ikäihmisten hyvinvointia ja mahdollistaa

ikäntyneille laadukkaat sosiaali- ja terveystyöpalvelut, joiden sisältöön heillä on mahdollisuus vaikuttaa. Laki edistää kunnan toimintaa ikääntyneen väestön aseman parantamiseksi, terveyden ja hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn edistämiseksi ja palveluiden kehittämiseksi. Tavoitteena on vahvistaa ja tukea iäkkäiden itsenäistä suoriutumista omassa toimintaympäristössään. Lain mukaan palvelut on tuotettava tukien iäkkään henkilön toimintakykyä, terveyttä, hyvinvointia ja omatoimisuutta sekä edistäen ikääntyneen osallisuutta palveluita suunniteltaessa ja toteuttaessa.

Osallisuuden edistäminen on valinta, jonka edellytyksenä on kehittää uusia toimintamalleja. Ammattilaisten yhteistyö, tietoisuus ja resurssien oikea kohdentaminen lisäävät asiakkaan osallisuutta palveluissa ja osallisuus tulisi näkyä kaikissa julkisen sektorin palvelukokonaisuuksissa. (Pyykkönen 2014, 26-27.) Palvelujärjestelmät vaikuttavat vahvasti yksilön osallisuuden kokemukseen ja arkeen. Kuulluksi tuleminen ja mahdollisuus osallistua edistävät yksilön osallisuutta. Aktiivisen työotteen ja asiakkaiden osallistamisen kautta syntyy aitoa osallisuutta, jossa yksilöllä on mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja palveluihin. (Särkelä-Kukko 2014, 45-47.)

Kehittämishankkeen aihe on noussut työelämän tarpeesta lisätä asiakkaan osallisuutta kotikuntoutuksessa. Kehittämishankkeen tavoitteena on laatia toimintamalli ikääntyneen asiakkaan osallistamiseksi omaan kuntoutumiseensa. Kehittämishankkeen teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan keskeisiä käsitteitä osallisuus ja kotikuntoutus sekä niiden sisältöjä.

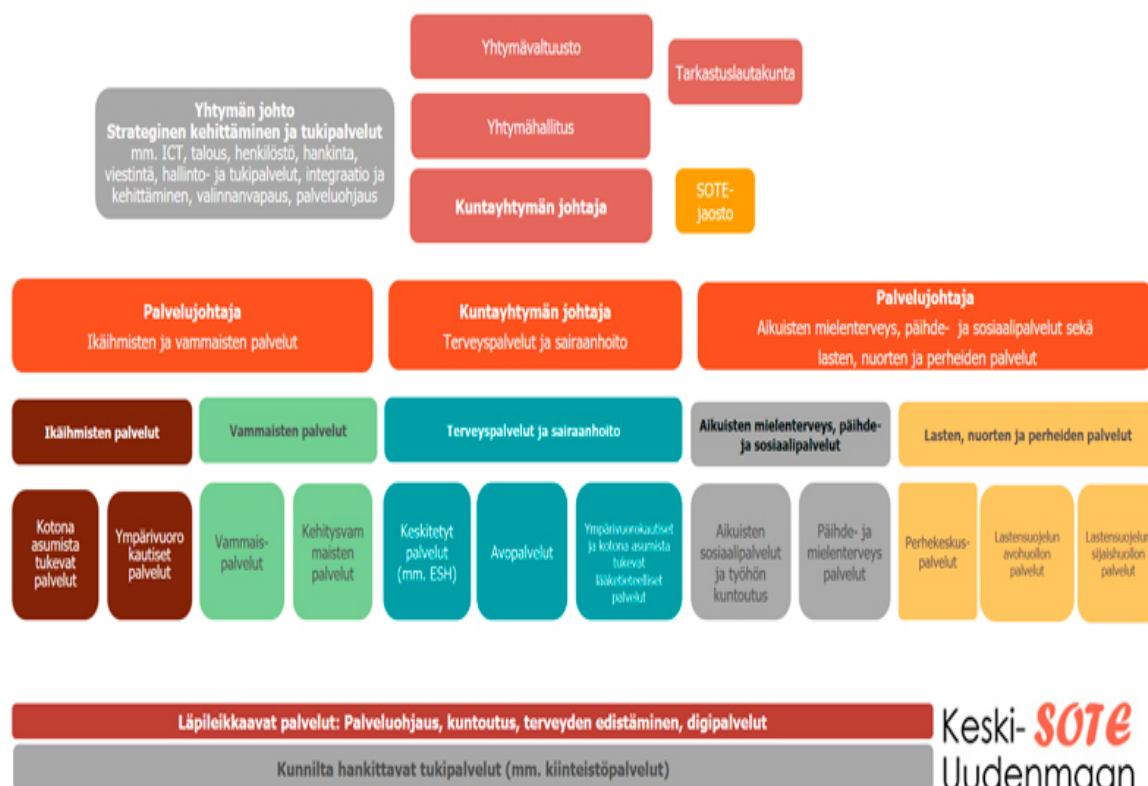
Tässä kehittämishankkeessa käsitellään ikääntyneiden asiakkaiden osallisuutta kotikuntoutuksessa. Asiakkaat tarvitsevat kuntoutuakseen moniammatillista tukea ja ohjausta useissa eri päivittäisissä toiminnoissa. Kotikuntoutusjakson asiakkaat ovat kotihoidon asiakkaita tai heillä on riski päätyä kotihoidon päivittäisen avun piiriin. Kotikuntoutuksen avulla tavoitellaan asiakkaan omatoimista arkea ja pyritään mahdollistamaan asiakkaan asuminen omassa kodissaan terveenä ja toimintakykyisenä. Kuntoutuksella tässä kehittämishankkeessa tarkoitetaan asiakkaan tukemista suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista sekä fyysisen kuntoutumisen näkökulmaa. Ikääntyvällä tarkoitetaan yli 65 vuotiasta ja työssä käytetään kuntoutujasta nimitystä asiakas ja kotikuntoutukseen osallistuvista toiminnoista yhteisnimitystä kuntouttaja.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kohdeorganisaatio

Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvveluiden kuntayhtymä tuottaa julkisia hyvinvointi- palveluita kuuden kunnan alueella. Kuntayhtymä on aloittanut toimintansa Mäntsälän, Nurmijärven, Järvenpään, Hyvinkään, Tuusulan ja Pornaisten alueella 1.1.2019. Organi- saatiossa sosiaali- ja terveystalvvelut on jaettu kolmeen alueeseen, joita ovat terveyden- ja sairaanhoito, vammais- ja ikäihmisten palvelut sekä aikuisten mielenterveys- ja päihdepal- velut ja lasten, nuorten ja perheiden palvelut (Kuvio 1). Kuntayhtymän alueella asuu noin 200 000 ihmistä ja työntekijöitä organisaatiossa on noin 3500. (Keusote 2019.)

### KUNTAYHTYMÄN ORGANISAATIO 1.1.2019 ALK.



KUVIO 1. Organisaatiokaavio, Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvvelut (Keusote 2019)

Organisaation tavoitteena on tuottaa asiakaslähtöisiä palveluita mahdollisimman lähellä asiakasta asiakkaan osallisuutta tukien. Tavoitteena on edistää asiakkaiden vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ennaltaehkäiseviä toimia korostaen. Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvueluita tuottavan kuntayhtymän yhteisenä palvelulupauksena on: "Saan laadukasta palvelua tarpeideni mukaisesti" (Kuva 1). (Keusote 2019.) Palvelulupaus pitää sisällään asiakkaan osallisuuden ja osallistamisen palveluita suunniteltaessa ja toteutettaessa. Osallisuusohjelman avulla kuntayhtymä pyrkii edistämään kuntalaisten sekä palvelua tuottavien vuorovaikutusta. Osallisuusohjelman avulla työntekijöille tarjotaan toimintaohjeita, asiakkaalle osallisuuden mahdollistavia keinoja ja päättäjille mahdollisuuksia arvioida palveluiden vaikuttavuutta. Tavoitteena on osallisuuden kautta lisätä ja kehittää aidosti asiakkaan tarpeet ja toiveet huomioivia palveluita sekä kasvattaa asiakkaan palvelukokemusta myönteiseen suuntaan. Osallistava toimintakulttuuri lisää asiakkaiden itsestä selviytymistä ja kasvattaa henkilöstön ymmärrystä palvelutarpeista. (Osallisuudesta toimintakulttuuri 2019, 4-5.) Kehittämishankkeen aikana Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvueluiden osallisuusohjelman laatiminen oli vielä kesken.



KUVA 1. Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalvueluiden palvelulupaus (Keusote 2019)



Kohdeorganisaatio on Mäntsälän kunnan alueella toimiva kotiutustiimi, jonka yhtenä tarkoituksena on tuottaa tehostettua kotikuntoutusta. Kotiutustiimin kautta tulevat lisäksi kaikki uudet kotihoidon asiakkaat ja se toimii tiiviissä yhteistyössä Keski-Uudenmaan alueen kotihoidon kanssa. Hallinnollisesti kotiutustiimi sisältyy kotihoitoon. Kotiutustiimi toimii koko Mäntsälän alueella ja asiakkaat ovat pääosin ikääntyneitä, vaikka varsinaista ikärajaa ei olekaan määritelty. Kotiutustiimissä työskentelee yksi sairaanhoitaja, neljä lähihoitajaa sekä lisäksi kotikuntoutukseen osallistuu kaksi fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti, jotka hallinnollisesti kuuluvat kuntoutuksen tulosityksikköön.

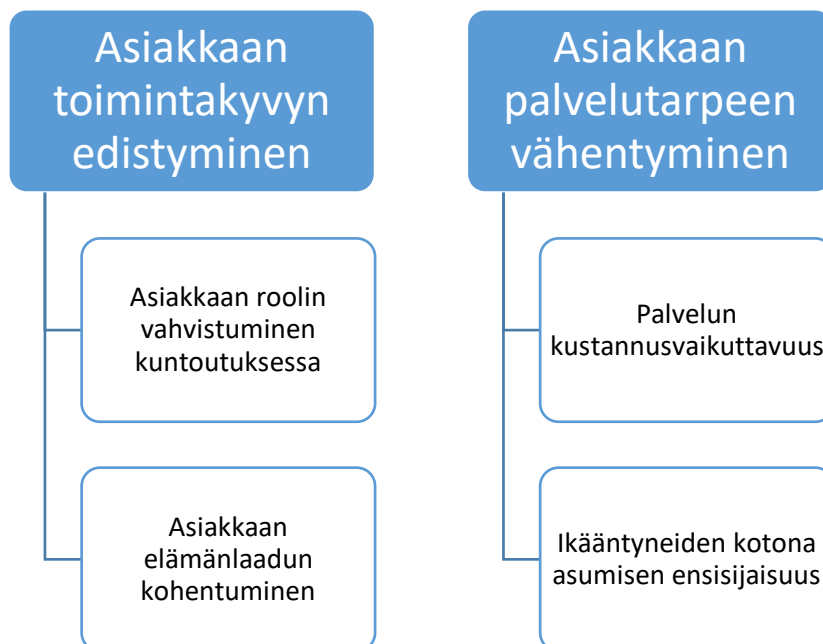
Kehittämishankkeen alkuvaiheessa organisaatiomuutosta vasta suunniteltiin ja kehittämishankkeen yhteiskehittäminen aloitettiin kotiutustiimin kuuluessa Mäntsälän kunnalle. Mäntsälän kuntaorganisaatiossa kotiutustiimi oli eriytetty kotihoidosta ja hallinnollisesti se oli osa palveluohjausyksikköä. Kotiutustiimin henkilökunta pysyi kuitenkin koko kehittämishankkeen ajan muuttumattomana. Itse työskentelen Keski-Uudenmaan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystalouksissa asiakasohjauksessa, ja tehtäväni on tehdä palveluntarpeen arviointeja. Palveluntarpeen arvioinnin kautta ohjautuvat uudet asiakkaat kotihoitoon ja kotikuntoutukseen. Asiakasohjauksen rooli on tiedottaa asiakkaita kotikuntoutuksen mahdollisuudesta ja ohjata asiakkaita kotikuntoutuksen tehostetulle jaksolle.

## 2.2 Tehostettu kotikuntoutus

Keski-Uudenmaan alueella aloitettiin tehostetun kotikuntoutuksen pilotointi huhtikuussa 2018 ja pilotointi päättyi lokakuussa 2018. Kotikuntoutuksen pilotointi sisältyi Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeisiin ja sen tavoitteena oli tukea asiakkaiden omatoimista selviytymistä omassa toimintaympäristössään sekä mahdollistaa asiakkaiden kotona asuminen myös jatkossa. Uudenmaan kotikuntoutusmallissa lähtökohtana olivat asiakkaan voimavarojen vahvistaminen, asiakkaan aktivointi ja toimintakyvyn parantuminen. Onnistuneen kotikuntoutusjakson edellytyksiä olivat asiakkaan aktiivinen osallisuus sekä motivoituminen ja sitoutuminen kuntoutukseen. Lisäksi pilotoinnin aikana kiinnitettiin huomiota henkilöstön osaamisen vahvistamiseen asiakkaiden osallisuutta lisäävien työtapojen käyttöönottamiseksi. Asiakkaan osallisuuden tunnistaminen oli keskiössä koko kotikuntoutusprosessin ajan. (Partanen & Sinkkonen 2018.) Tehostetun kotikuntoutuksen pilotointivaiheessa Mäntsälässä kotikuntoutustiimiin kuuluivat yksi sairaanhoitaja, neljä lähihoitajaa, kaksi fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti.

Tehostetulla kotikuntoutuksella tarkoitetaan asiakkaan omaan toimintaympäristöön kohdennettua suunnitelmallista ja tavoitteellista määräaikaista jaksoa, jonka aikana asiakkaan heikentyntä toimintakykyä tuetaan moniammatillisesti asiakkaan osallisuus huomioiden. Tavoitteena kotikuntoutusjaksolla on auttaa asiakasta löytämään voimavaroja sekä

motivaatiota kuntoutumisen tueksi ja edistää asiakkaan toimintakykyään niin, että hän voi jatkaa asumista omassa kodissaan mahdollisimman omatoimisesti ja toimintakykyisenä (Kuvio 2). (Kotikuntoutus 2018, 2-3.)



KUVIO 2. Kotikuntoutuksen tavoitteet (mukaillen Partanen & Sinkkonen 2018)

Asiakkaat asettivat itse tehostetun kotikuntoutuksen jaksolle tavoitteet, joilla pyrittiin toimintakyvyn paranemiseen. Jakson pituus vaihteli asiakkaan tavoitteista ja lähtökohdista riippuen kahdesta kahdeksaan viikkoon. Asiakkaaksi pilotointivaiheessa valikoitui henkilöitä, joiden toimintakyky oli äkillisesti laskenut ja, jotka kykenivät sitoutumaan jakson tavoitteisiin. Asiakkaat tulivat kotikuntoutusjaksolle suoraan kotoa, eri hoitolaitoksista tai kotihoiton asiakkuuden kautta. Asiakkaan motivaatio oli keskeinen tekijä valittaessa asiakkaita tehostetulle kotikuntoutusjaksolle (Kuvio 3). Onnistuneen kotikuntoutusjakson keskiössä olivat henkilöstön osaaminen ja asiakkaan voimavaroja tukevan työotteen hallinta. (Kotikuntoutus 2018, 3-6.)



KUVIO 3. Onnistuneen kotikuntoutusjakson tekijöitä (mukaiillen Partanen & Sinkkonen 2018)

Asiakkaan rooli oli keskeistä koko tehostetun kotikuntoutuksen ajan. Jokaisen asiakkaan jakson sisältö oli yksilöllinen ja asiakkaan tarpeista lähtevä. Asiakkaan kotikuntoutusjakso oli osalla kokonaan terapiapainotteinen, jolloin kuntouttamiseen osallistuivat fysioterapeutit ja tarvittaessa toimintaterapeutti. Moniammatilliseen jaksoon sisältyi lisäksi sairaanhoitajien ja lähihoitajien työpanos ja kuntoutumisen pääpaino oli päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Kuntouttajilta edellytettiin kykyä asiakkaan voimavarojen edistämiseen ja omatoimisuuden tukemiseen. Koska ammattilaiset olivat asiakkaan tukena vain määrällisesti, tuli asiakkaan voimavaroja ja vahvuuksia pystyä tukemaan kokonaisvaltaisesti. Näiden avulla asiakas pystyi jatkamaan omaa elämää mahdollisimman itsenäisesti ja täysipainoisesti. (Kotikuntoutus 2018, 6-9.)

Pilotointivaiheen aikana alkaneita kotikuntoutusjaksoja Keski-Uudenmaan alueella oli yhteensä 176. Näistä 28 jaksoa keskeytyi. Suurin osa asiakkaista oli 75-84 vuotiaita, keski-ikä ollessa 78,2 vuotta. Taustasyyt asiakkaan kotikuntoutusjaksolle olivat pääosin tuki- ja liikuntaelinten toiminnanvajavuudet tai yleistilan lasku esimerkiksi infektion vuoksi. Pääosa asiakkaista tuli jaksolle kotiutuessaan terveyskeskuksen vuodeosastolta. Kotikuntoutusjakson aikana asiakkaiden toimintakykyä saatiin parannettua ja asiakkaat olivat pääosin kotikuntoutukseen tyytyväisiä. Myös palvelutarve asiakkailla väheni. Kolmen kuukauden seurantajakson aikana asiakkaiden toimintakyky kuitenkin kääntyi uudelleen laskuun noin 20%:lla asiakkaista ja lähes puolella asiakkaista elämänlaatu alkoi uudelleen huonontua.

Elämänlaatumittarina käytettiin EuroHis-8 mittaristoa. Kotikuntoutuksen pitkänajan hyötyjä tai haittoja ei vielä voida arvioida. (Partanen & Sinkkonen 2018.)

Pilotoinnin jälkeen on todettu tarve kehittää ja selkeyttää kotikuntoutuksen prosessia ja toimintamalleja. Tarkoituksena on luoda Keski-Uudenmaan alueelle yhtenäinen toimintamalli, jonka mukaan kotikuntoutusta jatketaan. Asiakkaan osallisuuden tukeminen edellyttää kaikilta kotikuntoutukseen osallistuvilta toimijoilta kuntoutumista edistävän työtavan käyttämistä. Tärkeää on myös löytää keinoja asiakkaiden osallisuuden ja motivaation tukemiseen. (Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirja 2018, 29.) Kehittämishanke aloitettiin pilotoinnin päättymisen jälkeen joulukuussa 2018 ja alueellisesti laadittavan kotikuntoutuksen toimintamallin laatiminen oli koko kehittämissankkeen ajan kesken. Keski-Uudenmaan alueen kotikuntoutuksen yhteneväistä toimintamallia työsti erillinen kuntayhtymän perustama kehittämissryhmä. Kotikuntoutuksen pilotointivaiheessa ei yhteneväisiä prosessikuvauksia kotikuntoutuksesta ollut vielä luotu ja jokainen Keski-Uudenmaan kuntayhtymään kuuluva kunta toteutti kotikuntoutusta paikallisesti sovitulla ohjeilla.

### 3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämishankkeen idea on noussut työyhteisön tarpeesta kehittää toimintamalleja asiakkaan motivoimiseksi ja osallistamiseksi omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Asiakkailta ja omaisilta saadun suullisen palautteen mukaan tehostetun kotikuntoutuksen jakson avulla on saatu asiakkaan toimintakykyä lisättyä, mutta jakson päättymisen jälkeen asiakkaat eivät ole jatkaneet omatoimista kuntouttamista, jolloin toimintakyky on kääntynyt uudelleen laskuun. Myös Keski-Uudenmaan alueen kotikuntoutuksen pilotoinnissa todettiin asiakkaiden toimintakyvyn laskeneen lyhyessä seurannassa tehostetun kotikuntoutusjakson jälkeen.

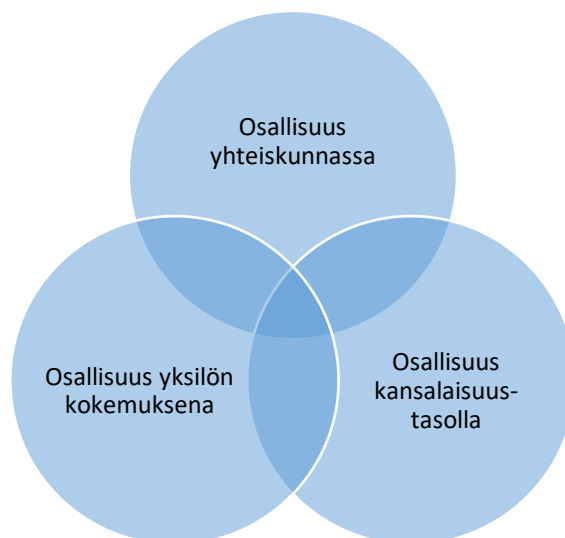
Kehittämishankkeen tarkoituksena on saada ikääntyneet asiakkaat motivoitumaan ja osallistumaan omaan hoitoonsa ja kuntouttamiseensa. Toimintakyvyn paraneminen mahdollistaa ikääntyneiden asiakkaiden asumisen omassa kodissaan ja vähentää laitoshoidon sekä kotiin tarjottavien palveluiden tarvetta. Tavoitteena on laatia ikääntyneen asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli kotikuntoutukseen.

## 4 ASIAKKAAN OSALLISUUS

### 4.1 Osallisuus käsitteenä

Osallisuuden käsite on moniulotteinen ja sen perustana ovat vuorovaikutukselliset suhteet. Osallisuus on kuulumista tai liittymistä johonkin, vuorovaikutusta, yhteisöllisyyttä ja mukaan ottamista. Osallisuus on myös valintoja ja mahdollisuuksia. (Isola ym. 2017, 3-5.) Osallisuus voidaan kuvata tunteena tai kokemuksena, joka syntyy yksilön osallistuttua johonkin toimintaan tai toimintoon yhteisöissä. Kysymyksessä on siis vahvasti subjektiivinen kokemus. Osallisuuden kautta yksilö saa mahdollisuuden vaikuttaa asioihin tasavertaisena ja kokemus osallisuudesta muodostuu yksilön aktiivisuudesta, joka vaihtelee eri tilanteissa. Vaikuttaminen omiin ja yhteiskunnallisiin asioihin on osallistumista, jonka kautta osallisuus mahdollistuu. (THL 2019a.) Osallisuuden kokemus on aina ainutlaatuinen ja henkilökohtainen, jonka vain osallisuuden kohteena ollut yksilö voi määritellä. Osallistaminen ja osallistuminen ovat puolestaan yksilön osallisuutta laajempi näkemys. Tällöin osallisuus kohdistuu useampaan henkilöön. (Leemann & Hämäläinen 2016, 591-592.) Osallistuminen on osallisuuden toiminnallinen muoto ja sen kautta osallistujasta tulee toimija (Nurmela 2012, 40).

Osallisuus voidaan nähdä eri tasoilla, sen mukaan toimiiko yksilö yksin vai osana laajempaa kokonaisuutta. Osallisuus voidaan tämän mukaan jakaa yksilö-, yhteiskunta- tai kansalaisuustasolle. Yhteisöissä osallisuus on luottamusta ja arvostusta yksilöä kohtaan. Yhteiskuntaosallisuuden kautta yksilöllä on oikeus terveyteen, toimeentuloon ja koulutukseen sekä sosiaalisiin suhteisiin. Kansalaisuustasolla osallisuus voidaan nähdä demokratiana. (THL 2019a.) Edellytyksenä yksilön kokemukselle osallisuudesta ovat identiteetti ja aktiivinen toimijuus. Yhteiskunnassa osallisuuden kokemus syntyy puolestaan aktiivisen toimijuuden kautta. Yhteisöissä osallisuus edellyttää sosiaalisuutta sekä luottamuksellisia suhteita (Kuvio 4). (Rouvinen-Wilenius, Aalto-kallio, Koskinen-Ollonqvist & Nikula 2011, 63.)



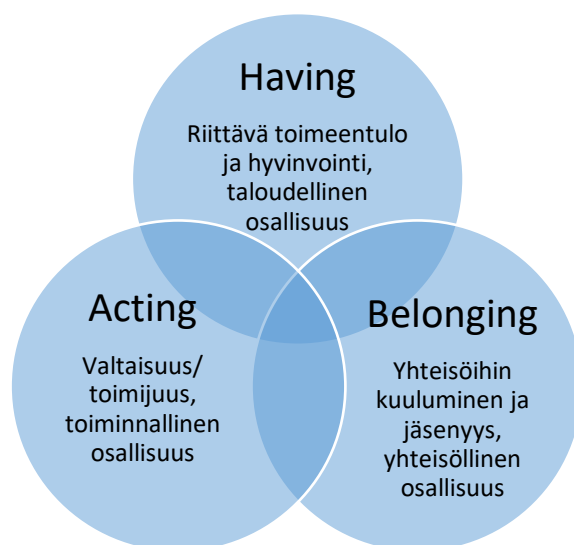
KUVIO 4. Osallisuuden tasot (mukaillen Rouvinen- Wilenius ym. 2011, 64)

Osallisuuden kokemukseen vaikuttavat useat eri tekijät. Yhteiskuntatasolla osallisuutta edistävät avoin ilmapiiri ja myönteinen asennoituminen. Yhteiskunnan rakenteet toimivat osallisuutta edistävinä tai estävinä tekijöinä ja muutokset yhteiskunnassa heijastuvat eri aikakausina osallisuuden kokemuksen syntymiseen. Yksilötasolla osallisuuden kokemus on riippuvainen henkilön omista voimavaroista. Vaihtelevat elämäntilanteet ja yksilön viireystaso vaikuttavat myös osallisuuden kokemukseen. Kuormittava tai stressaava elämäntilanne, koetut vastoinkäymiset tai perustarpeiden puuttuminen voivat estää osallisuutta. Uskomalla yksilön voimavaroihin ja niitä vahvistamalla voidaan lisätä yksilön osallisuuden kokemusta. (Särkelä-Kukko 2014, 39.) Kohosen ja Tialan (2002, 6) mukaan osallisuuteen vaikuttavat sekä yksilön kiinnostus osallistua, että mahdollisuus osallistua. He jakavat kansalaisten osallisuuden neljään eri tasoon, jotka ovat tieto-osallisuus, suunnitteluosallisuus, päätösosallisuus ja toimintaosallisuus. Tieto-osallisuus on kansalaisten kuulemista, suunnitteluosallisuus vuorovaikutuksellista palveluihin vaikuttamista, päätösosallisuus osallisuutta päätöksenteossa ja toimintaosallisuus kansalaisten omaa toimintaa yhteisön tai kunnan hyväksi.

Osallisuus omassa elämässä vaatii yksilöltä vastuunottoa ja sitoutumista. Osallisuus on riippuvainen yksilön omista elämäkokemuksista ja se koostuu voimaantumista sekä elämäntilanteiden valmiuksista. Lähekkäisiä käsitteitä osallisuudelle ovat osallistaminen ja osallistuminen. Osallistaminen on keino vastuuttaa ja ottaa yksilö mukaan erilaisiin toimiin

ja toimintoihin, jonka kautta osallisuus mahdollistuu. Osallistaminen on siis yksilön ulkopuolelta tulevan motivaation ja toiminnan lähde. (Särkelä-Kukko 2014, 34-36.)

Osallisuuden ulottuvuuksia määriteltäessä käytetään usein Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin tasoja lähtökohtana. Allard jakaa hyvinvoinnin ulottuvuudet kolmeen eri tasoon, jotka ovat having, loving ja being. Having liittyy elintason ja siihen liittyviin materiaaliin asioihin, loving sosiaalisiin suhteisiin ja being itsensä toteuttamiseen ja kuulumiseen yhteiskuntaan. (Allardt 1976, 38.) Raivio ja Karjalainen (2013, 16) ovat jakaneet osallisuuden ulottuvuudet Allardtin hyvinvointiteorian pohjalta osallisuuden perusedellytyksiin, jotka ovat having, acting ja belonging (Kuvio 5).



KUVIO 5. Osallisuuden ulottuvuudet (mukaillen Raivio & Karjalainen 2013, 16)

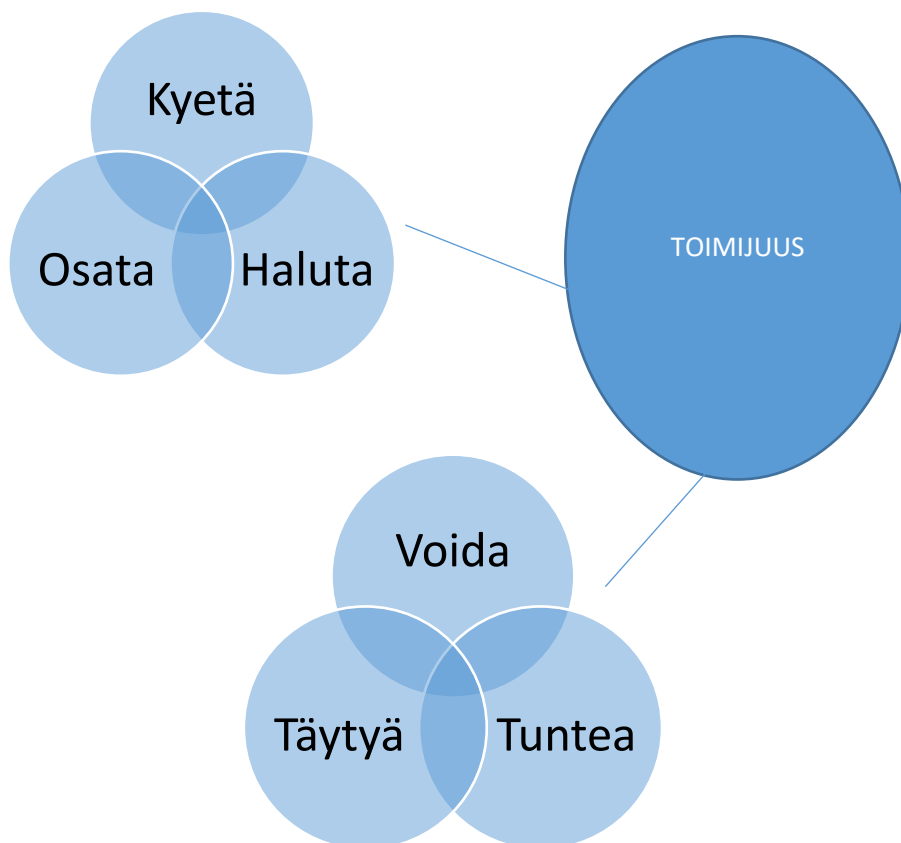
Osallisuuden kokemus lisää yksilön hyvinvointia. Osallisuus liittyy myös terveyteen ja terveyden kautta yksilön mahdollisuus osallistua vahvistuu. Fyysisen toimintakyvyn puutteet eivät kuitenkaan estä osallisuutta ja psyykkisen sekä henkisen terveyden osatekijöillä kokemusta osallisuudesta voidaan vahvistaa. Hyvä itsetunto ja hyvät sosiaaliset taidot lisäävät tunnetta osallisuudesta. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 56.) Sosiaalisen aktiivisuuden kautta terveys lisääntyy ja kuolleisuus vähenee (Pynnönen, Törmäkangas, Heikkinen, Rantanen & Lyyra 2012, 769).



Osallisuuden kokemusta edistää myös esteetön ympäristö. Esteetön ympäristö tarkoittaa yksilön mahdollisuutta osallistua ilman, että toimintakyvyn puutteet vaikuttavat osallistumisen mahdollisuuksiin. Fyysinen esteettömyys on palveluiden saatavuutta ja psyykinen esteettömyys on yksilön omien voimavarojen huomioimista. Sosiaalinen esteettömyys puolestaan kuvaa yksilön tasavertaista mahdollisuutta osallistua yhteiskunnan asioihin. (Särkelä-Kukko 2014, 40.)

Osallisuuden edistämällä voidaan ehkäistä syrjäytymistä ja luoda terveyttä sekä hyvinvointia. Sosiaalinen aktiivisuus lisää hyvinvointia ja vähentää sairauksia sekä laitoshoidon tarvetta. Tätä kautta osallisuuden edistämällä voidaan saavuttaa kustannussäästöjä. Yksilön voimavaroja vahvistamalla ja osallisuutta lisääviä palveluita kehittämällä eriarvoisuutta voidaan vähentää. (THL 2019b.) Osallisuuden ominaisuudet voidaan jakaa kahteen luokkaan, toiminnalliset ja psykologiset. Psykologiset osallisuusominaisuudet pitävät sisällään henkilökohtaiset tavoitteet, oppimisen, luonteen ja vision tulevasta. Toiminnallisiin osallisuusominaisuuksiin kuuluvat riskit, toiminnalliset tavoitteet ja pyrkimys niitä kohti. (Rickard & Clarke 2015, 367.)

Osallisuuteen liittyy kiinteästi myös toimijuuden käsite. Toimijuus muodostuu halusta, osaamisesta, kyvykkyydestä, täytymisestä, voimisesta ja tuntemisesta (Kuvio 6). Nämä kuusi osa-aluetta liittyvät toisiinsa, mutta ovat kuitenkin jokainen erillinen asia. Kyvykkyys voidaan liittää toimintakykyyn ja sen tarjoamiin mahdollisuuksiin, osaamisen perustana ovat puolestaan yksilön tiedot ja taidot. Haluun liittyy motivaatio ja tavoitteet sekä päämäärät. Täytymiseen sisältyvät esteet ja pakot, kun taas voimiseen liittyy mahdollisuuksia. Tuntemisen kautta yksilö arvioi ja arvottaa kokemiaan asioita. Toimijuus on siis sidottu konteksteihin missä se tapahtuu, kenen kanssa ja minkälaisissa tilanteissa. Toimijuuteen vaikuttavat myös ikä ja elämäntilanteet, mutta se ei ole samaa kuin aktiivisuus. Toimijuuden arvioiminen näyttäytyy eri tavoin riippuen siitä kuka sitä arvioi. Toimintakyky liittyy toimijuuteen, mutta on vain osa sitä. (Jyrkämä 2008, 195-199.) Osallisuuden kokemuksen tavoin toimijuus on subjektiivista ja ainutlaatuista, yksilön kokemuksesta muodostuvaa.



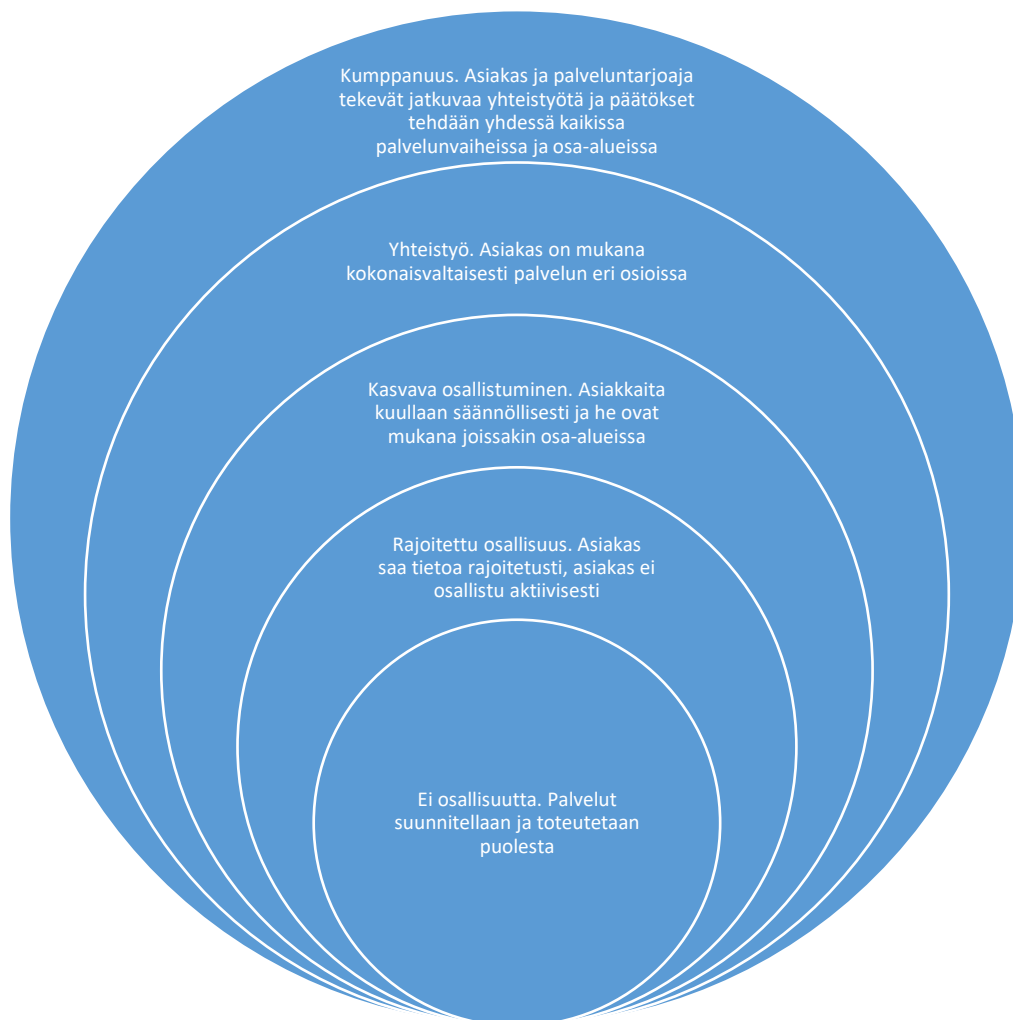
KUVIO 6. Toimijuus (mukaillen Jyrkämä 2008, 195)

#### 4.2 Ikääntyneen asiakkaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi korostaa ikääntyneen toimijuuden ja osallisuuden tukemista sekä edistämistä palveluissa. Asiakas tulee nähdä osana palveluiden suunnittelua ja toteutusta, ei vain palveluiden käyttäjänä. Ikääntynyt on omien mahdolluuksiensa mukaan toimija ja osallistuja, jolla on vastuu omasta hyvinvoinnistaan sekä terveydestään. Terveen ja toimintakykyisen arjen turvaaminen ikääntyneille edellyttää yhteiskunnan vastuuta suunnitella ja tarjota ikääntyneille toimintakykyä tukevia palveluita heidän omassa toimintaympäristössään. (STM 2017a, 13-15.) Ikääntyneen asiakkaan osallisuuden huomioon ottamisesta ja edistämisestä korostaa myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/28.12.2012).

Asiakasosallisuus on osallisuuden määritelmän tavoin moniulotteinen ja se voidaan käsitellä erilaisin tavoin. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen määritelmän mukaan asiakasosallisuudella tarkoitetaan asiakkaiden mahdollisuutta vaikuttaa palveluiden suunnitteluun,

tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin, jolloin saadaan paremmin asiakkaita palvelevia palveluita (THL 2019b). Asiakasosallisuus vaihtelee eri tilanteissa sekä asiakkaan, että palveluntuottajan lähtökohdista katsoen (Kuvio 7). Palvelut voidaan tuottaa, toteuttaa ja suunnitella ilman asiakkaan osallisuutta tai kuulemista. Rajoitetussa osallisuudessa asiakas saa tietoa palveluista, mutta asiakkaalle ei tarjota mahdollisuutta osallistua aktiivisesti. Kasvavassa osallisuudessa osallisuus rajoittuu jonkun tai joidenkin osa-alueiden osalta asiakkaan äänen kuulumiseen palveluita suunniteltaessa ja toteuttaessa. Yhteistyön myötä osallisuus lisääntyy ja asiakkaita kuullaan päätöksenteossa. Asiakasosallisuuden syvin taso muodostuu kumppanuudesta, jolloin yhteistyötä ohjaavat yhteiset arvot ja tavoitteet. Kumppanuuden myötä päätökset tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. (Clark, Davis, Fisher, Glynn & Jefferies 2008, 10-12.) Asiakasosallisuutta lisäämällä voidaan palveluita kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan. Asiakas voi osallistua palveluiden ja toimintojen kehittämiseen yleisellä tai yksilöllisellä tasolla, jonka kautta palveluista voidaan luoda asiakkaan tarpeet ja toiveet paremmin huomioivia kokonaisuuksia. (Leemann & Hämmäläinen 2015, 4-6.)



KUVIO 7. Asiakasosallisuuden tasot (mukaillen Clark ym. 2008, 10-12)

Osallisuuden kokemuksen kautta asiakas kantaa osaltaan vastuun hoidostaan tai kuntoutumisestaan ja tulee aktiiviseksi toimijaksi. Osallisuus sekä osallistuminen lisäävät myös asiakkaan hyvinvointia. Osallisuuden tärkeydestä ja tunnustetusta tarpeesta huolimatta on sen käytännön toteutumisessa edelleen puutteita. Asiakkaan osallisuuden aito mahdollistaminen vaatii ensisijaisesti asenne- ja toimintamallien muutosta sekä halukkuutta parantaa palveluiden laatua ja asiakaslähtöisyyttä. Asiantuntijan rooli on siirtyä asiakkaan rinnalle, tasavertaiseksi kumppaniksi ja ohjaajaksi. Asiakkaan halu ja motivaatio osallistua vaihtelevat eritilanteissa ja niihin vaikuttavat fyysinen sekä psyykinen toimintakyky. Tuella ja vahvistamalla asiakkaan osallisuuden eri osa-alueita voidaan kokemusta osallisuudesta lisätä. Osallisuus omaan hoitoon tai kuntoutumiseen voi toteutua esimerkiksi osallistumalla yhteisiin palavereihin, suunnitteluun tai aktiivisesti toimimalla oman hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Osallisuuden sisältö korostaa asiakkaan

vastuunottoa omasta hoidostaan ja sitoutumista omaan hoitoon tai kuntoutukseen. Vastuuttamisen kautta asiakas kantaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Osallisuuden sisältö myöskin asiakkaan oikeus saada itseään koskevaa tietoa ja osallistua päätöksentekoon. Asiakkaan ottaessa vastuuta omasta hoidosta tai kuntoutumisesta osallisuus lisääntyy ja asiakas on oman hoitonsa ja kuntoutuksensa keskiössä. (Laitila 2010, 86-112.)

Ikääntyneen asiakkaan toimijuus muodostuu eletyn elämän kautta. Ikääntyessä erilaiset sairaudet ja toimintakyvyn muutokset muokkaavat toimijuutta. Sopeutuminen uudenlaiseen toimijuuteen on tällöin välttämätöntä. Arjen askareista selviytyminen ja autonomian säilyminen ovat tärkeitä riippumatta siitä, kuinka paljon tai miten aktiivisesti ikääntynyt itse voi vaikuttaa toimijuuteensa. Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat tärkeitä huomioida toimittaessa asiakkaan kanssa. Asiakkaan halua olla oman elämänsä asiantuntija ja toimija tulee kunnioittaa. Koti edustaa ikääntyneelle omaa tilaa ja elettyä elämää, jossa on oikeus itsemääräämisoikeuteen ja oikeus tehdä itselleen kokemiaan tärkeitä asioita. Vaikka toimintaympäristö ikääntyneillä usein kaventuu he kokevat kuitenkin tärkeänä mahdollisuuden osallistua kodin ulkopuolisiin toimintoihin ja sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin. (Kasurinen 2014, 63-67.)

Hoitohenkilökunnan näkemykset asiakkaiden tai potilaiden osallisuudesta ovat tutkimuksen mukaan pääosin myönteistä. Henkilökunnan kokemuksen mukaan osallisuutta tarvitaan ja asiakkaan tulee osallistua hoitonsa suunnitteluun aktiivisesti. (Savolainen 2017, 25.) Onnistuneen asiakaskohtaamisen lähtökohtana ovat asiakkaan aktiivinen osallisuus, luottamuksellinen ja vuorovaikutteinen keskustelu. Asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden tukeminen mahdollistuu kuuntelun ja myönteisen ilmapiirin kautta, jossa asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioidaan. (Nieminen 2017, 63-64.) Ikääntyneen asiakkaan osallisuutta edistävät toimiva kommunikaatio ja vuorovaikutus asiakkaan sekä henkilökunnan välillä, aktiivinen osallistuminen hoitoon, palveluiden saatavuus ja tavoitettavuus, mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä käytetyt kuntoutusmenetelmät. Tavoitteellinen kotihoito ja asiakkaan kokemus osallisuudesta omaan hoitoonsa edesauttaa tavoitteiden saavuttamisessa. (Näsström, Idvall & Strömberg 2015, 1384-93.)

Asiakkaan osallisuuden kokemuksen syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät, jotka ovat osin yksilöstä ja osin muista toimijoista riippuvaisia. Yksilön ominaisuutena osallisuutta vahvistaa hyvä fyysinen kunto, jonka kautta osallistuminen mahdollistuu. Yhteinen keskustelu, työntekijän kiireettömyys ja avoimuus edistävät myös asiakkaan tunnetta osallisuudesta. Yhteisesti laadittu hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä omaisten osallisuus suunnittelussa ovat lisäksi asiakkaan kannalta tärkeitä. Positiivinen asenne ja avoimuus molemmin puolin ovat osallisuutta lisääviä tekijöitä ja mahdollistavat tasavertaisen ja vuorovaikutteisen

suhteen. Yhteiset palaverit, kodin ulkopuolisiin toimintoihin osallistuminen ja valtakunnallisten sekä kansainvälisten asioiden seuraaminen ovat asiakkaiden mukaan osallisuutta lisääviä tekijöitä. Puolesta tekeminen ja asioista puolesta päättäminen vähentävät tai jopa estävät asiakkaan mahdollisuutta osallistua. Osallisuuden kannalta on tärkeää, että asiakas saa tehdä itse asiat, joihin pystyy. Haluttomuus vaikuttaa omiin asioihin tai kiinnostuksen puute voivat estää osallisuutta. Osallisuus päätöksentekoon vahvistaa asiakkaan tasa-arvon tunnetta, itseluottamusta ja luo turvallisuutta. Päätöksenteon osallisuuden perustana on saada riittävästi tietoa ja tukea itseään koskeviin asioihin. Asiakkaan toiveiden ja tarpeiden kunnioittaminen vahvistaa asiakkaan kokemusta vuorovaikutuksellisesta kanssakäymisestä. (Kailio 2014, 46-54.)

## 5 ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIKUNTOUTUS

### 5.1 Kotikuntoutus ja arkikuntoutus ikääntyneen kotona asumisen tukena

Tulevaisuudessa ikääntyvät ihmiset tulevat enenevässä määrin asumaan kotonaan pidempään. Kotona asumisen mahdollisuus luo turvallisuuden ja arvostuksen tunnetta ikääntyneelle. Halu asua toimintakykyisenä omassa kodissaan motivoi ikääntyneitä pitämään huolta itsestään ja toimintakyvystään. Kodin tärkeyttä ei voida liikaa korostaa. Koti kuvastaa ikääntyvälle elämää ja niin kauan kuin voi asua omassa kodissaan on myös elämää. Tutussa ympäristössä liikkuminen on myös turvallisempaa, vaikka aistitoiminnoissa olisi puutteita. (Peltomäki 2014, 59-61.) Kuntoutuksen siirtyminen asiakkaan omaan toimintaympäristöön haastaa kehittämään kotiin suunnattuja palveluita ja tarkastelemaan kuntouttajan asiantuntijuutta uudella tapaa (Pikkarainen 2016, 20). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatimassa kuntoutusjärjestelmän uudistamisraportissa suositellaan kotikuntoutuksen lisäämistä, jolloin myös asiakkaiden hoitolaitoksista kotiutumista voidaan nopeuttaa. Kotikuntoutus tavoittelee omatoimista arkea ja sen avulla voidaan ikääntyneen toimintakykyä ylläpitää, parantaa tai hidastaa negatiivisten muutosten vaikutuksia toimintakykyyn. (STM 2017b, 57-60.)

Kotikuntoutuksen määritelmät ja sisällöt ovat Suomessa vielä hyvin moninaisia. Kuntoutuksen siirtyessä lähemmäksi asiakkaan arkea vaaditaan myös koti- ja arkikuntoutuksen sisältöjen määrittämistä tulevaisuudessa tarkemmin, jotta asiakkaan osallisuus kuntoutuksessa mahdollistuu. (Pikkarainen 2017.) Kuntoutus käsite pitää sisällään useita eri näkökulmia. Se on lainsäädännöllä ohjeistettua toimintaa sekä laillistettujen toimijoiden tuottamaa, mutta myös asiakkaan saamaa palvelua. Paltamaa ym. (2018, 12-13) esittävät kuntoutuksen määritelmän muuttamista toimintakykyä edistävempään suuntaan, jonka myötä kuntoutus voitaisiin jakaa formaaliin, non-formaaliin ja in-formaaliin kuntoutukseen. Formaali kuntoutus pitäisi sisällään lääkinnällisen kuntoutuksen ja non-formaali kuntoutus kuvastaisi asiakkaan tavoitteellista ja omatoimista toimintaa kuntoutumisen hyväksi. In-formaali kuntoutuminen muodostuu arjen rutiineista sekä sosiaalisesta tuesta ja vuorovaikutuksesta, jonka myötä toimintakyvyn ja peruskunnon ylläpito mahdollistuisi.

Kotikuntoutusjakso on usein kestoaltaan rajattu, määräaikainen jakso, joka on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa (STM 2017b, 35; Pikkarainen 2017; Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirja 2018, 7). Sen sisältö on yksilöllinen, asiakkaan tarpeista lähtevä kokonaisuus, joka voi sisältää neuvontaa, ohjausta ja erilaisia harjoitteita toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen tukemiseksi. Kotikuntoutuksen keskiössä ovat asiakkaan oma toiminta ja osallisuus, joita pyritään tukemaan fysioterapian, toimintaterapian ja hoitotyön

keinoin. (STM 2017b, 35; Valtioneuvosto 2018, 3-4.) Kuntoutumista voidaan lisäksi tukea muilla kotiin tarjottavilla palveluilla ja apuvälineillä sekä kotiin tehtävillä muutostöillä (STM 2017b, 35).

Uudenmaan kotikuntoutusmallissa kotikuntoutus jaetaan kolmeen tasoon: tukijaksoon, monialaiseen kotikuntoutukseen ja tehostettuun kotikuntoutukseen (Kuvio 8). Tukijakson tavoitteena on tukea kotiutumista hoitolaitoksesta äkillisen toimintakyvyn laskun jälkeen intensiivisellä määräaikaisella jaksolla, jota toteuttavat terveydenhuollon toimijat. Jakso keskittyy arjen toimintojen tukemiseen. Monialaisen kotikuntoutuksen resurssi muodostuu fysioterapeuteista sekä toimintaterapeuteista ja jakso keskittyy fyysisen toimintakyvyn tukemiseen. Asiakkaat eivät tarvitse jakson aikana intensiivistä tukea. Tehostettu kotikuntoutus yhdistää tuki- ja monialaisen jakson tavoitteet sekä toimijat ja sen tarkoituksena on yksilöllisesti tukea asiakasta kuntouttavan hoidon, tukipalveluiden ja terapian keinoin. Asiakkaan tavoitteista ja tarpeista riippuen terapiapainotteisuus ja arjen tuki vaihtelevat. Tavoitteena on tukea asiakasta löytämään omia voimavarojaan ja motivoida asiakasta omaan kuntoutumiseensa. Tehostettu kotikuntoutusjakso tavoittelee asiakkaan selviytymistä kotona mahdollisimman omatoimisena ja toimintakykyisenä. (Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirja 2018, 17-21.)



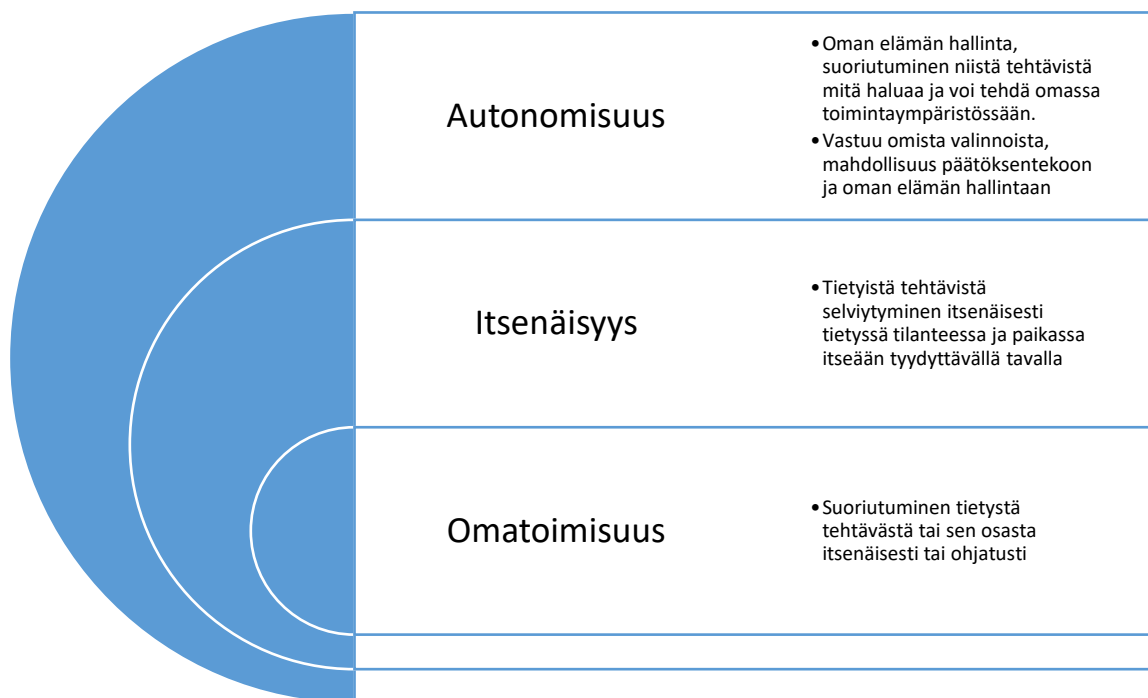
KUVIO 8. Tehostetun kotikuntoutuksen sisältö Uudenmaan kotikuntoutusmallissa (mukailen Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirja 2018, 19)



Valtioneuvoston palvelukuvaus kotikuntoutuksesta poikkeaa Uudenmaan mallista. Palvelukuvauksessa kotikuntoutus jakautuu kotikuntoutukseen, monialaiseen- ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. Kotikuntoutus keskittyy tämän määritelmän mukaan enemmän arjen toimintojen hallinnan tukemiseen, jota monialaisessa kuntoutuksessa täydennetään fysioterapialla tai/ja toimintaterapialla. Lääkinnällinen kuntoutus voidaan toteuttaa asiakkaan kotona tai hoitolaitoksessa ja se käsittää terveydenhuoltopalvelun tai Kelan kuntoutusmalliin sisältyvät palvelut. (Valtioneuvosto 2018, 5.)

Kotikuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja arjen toiminnoista selviytymistä hänen omassa toimintaympäristössään. Tarkoituksena on edistää ikääntyneen terveyttä ja hyvinvointia kuntoutumisen kautta saavutetulla toimintakyvyn paranemisella. Kuntoutumisen kautta asiakkaan asuminen omassa kodissaan mahdollistuu omatoimisenä ja toimintakykyisenä. Asiakkaan kotona asumisen myötä laitoshoidon tarve vähenee, kun asiakkaat voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämä auttaa luomaan kustannussäästöjä. Kotikuntoutus mahdollistaa myös osallistumisen kodin ulkopuolisiin toimintoihin. (Valtioneuvosto 2018 3-6; Jokiranta 2017, 24.)

Kotikuntoutus muodostuu harjoitteista, tavoitteista, vuorovaikutuksesta, keskustelusta ja tiedon jakamisesta yhdessä asiakkaan, omaisen ja kuntouttajien kesken. Sen toteuttaminen vaatii riittäviä resursseja ja osaamista. (Paltamaa ym. 2018, 69-75.) Lisäksi kotikuntoutuksen onnistuminen vaatii kuntouttajilta aikaa ja kotikuntoutuksen käsitteiden selkeyttämistä. Hoitajien näkemys kuntoutuksesta saattaa poiketa paljonkin esimerkiksi fysioterapeuttien näkemyksistä. Kuntoutuksen onnistumisen kannalta on ensiarvoista kehittää kotikuntoutuksen toimintamalleja. (Steihaug, Lippestad & Werner 2016, 49-50.) Kotikuntoutuksen rinnalla tulee myös kehittää kotihoidon toimintamalleja asiakkaan toimintakykyä ja osallisuutta tukevaan suuntaan, jotta kuntoutumisen jatkuvuus voidaan varmistaa. Tämä vaatii uudenlaista osaamista kotihoidon työntekijöiltä ja johtajuutta, joka edistää ja ylläpitää yhteisiä toimintamalleja. Asiakkaan kanssa yhteisesti laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman tulee tukea asiakkaan omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja autonomisuutta niiltä osin kuin se asiakkaan kannalta on tarkoituksenmukaista (Kuvio 9). (Pikkarainen 2016, 32-33.) Tärkeää on myös varmistaa, että asiakkaan kuntoutumisen tarpeet huomioidaan asiakkaan siirtyessä eri organisaatioiden välillä (Paltamaa ym. 2018, 64).

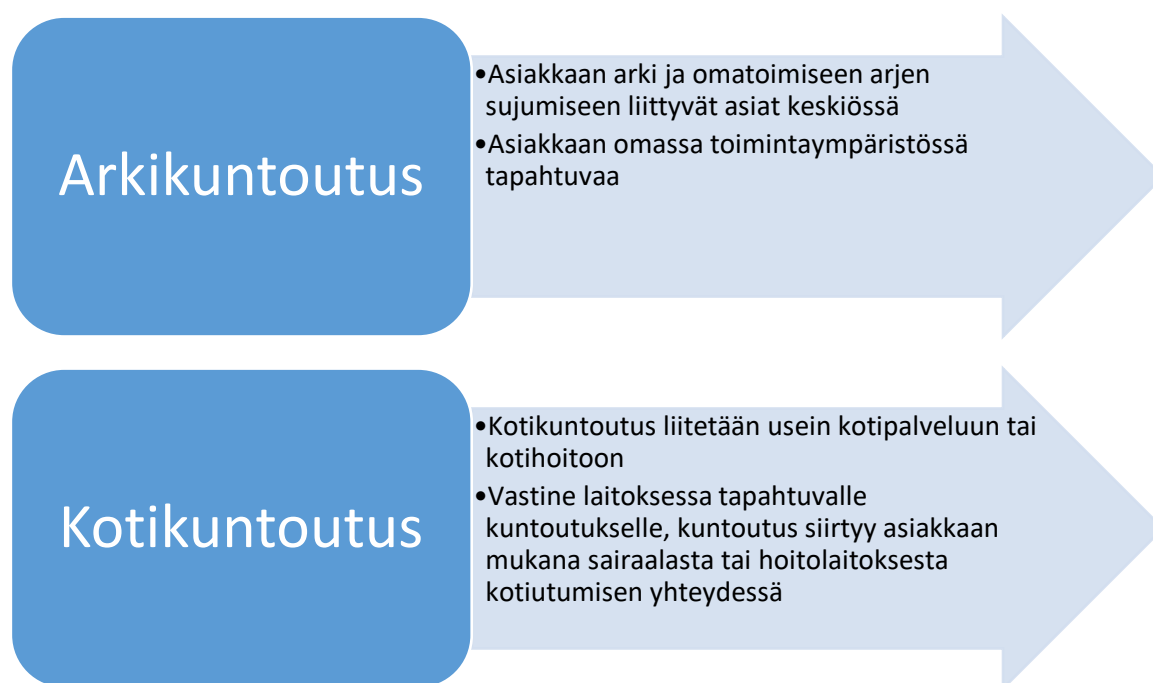


KUVIO 9. Palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteet ja tavoitteet (mukaillen Pikkarainen 2016, 32)

Kotikuntoutus edistää asiakkaan arjen hallintaa ja elämänlaatua. Keskiössä ovat asiakkaan oma motivaatio ja halu selviytyä arjen toiminnoista omatoimisesti. Korkea motivaatio lisää kuntoutumisen mahdollisuutta. Arjen toiminnoissa hoito ja kuntoutus kulkevat rinnakkain ja tämä tukee asiakkaan mahdollisuutta selvitä kotona omatoimisena ja toimintakykyisenä. (Niemelä 2011, 64-67.) Kotikuntoutus huomioi asiakkaan yksilölliset valmiudet, halun, tavoitteet ja toimintakyvyn osallistua kuntoutumiseen. Aktiivisuutta ja osallisuutta tukevien työtapojen kautta asiakkaan toimijuus omassa arjessaan vahvistuu. (Valtioneuvosto 2018, 6.)

Kuntoutuksen siirtyessä lähemmäksi asiakasta ja osaksi arjen toimintoja vaaditaan myös käsitteiden tarkastelua uudella tavalla. Kotikuntoutuksen rinnalle on tullut arkikuntoutuksen käsite (Kuvio 10), jolla tarkoitetaan asiakkaan osallisuuden ja kuntoutumisen tukea arkisissa toiminnoissa. Arkikuntoutuksen määritelmä tulee Norjassa käytössä olevan järjestelmän perusteista. Arkikuntoutuksen keskiössä on asiakkaan päivittäisten toimintojen tukeminen eikä kuntoutus ole irrallaan arjen toiminnoista. Arkikuntoutus vie kuntoutumisen asiakkaan kotiin, niillä mahdollisuuksilla, mitä asiakkaalla omassa toimintaympäristössään on. Kuntouttajalta vaaditaan ymmärrystä asiakkaan yksilöllisen arjen muodostavista tekijöistä ja kykyä tukea asiakasta hänen omilla ehdoillaan. Kuntoutuksen menetelmät

määräytyvät yksilöllisesti asiakkaan arjen mukaan. Arkikuntoutusta voidaan tehostaa esimerkiksi kuntosaliharjoittelulla, mutta keskiössä on tukea ja ohjata asiakasta suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista kuten aamupalan laitosta tai suihkussa käymisestä. Arkikuntoutuksen tavoitteena on nimensä mukaisesti tukea asiakkaan osallisuutta omassa arjessaan. Kotikuntoutuksen määritelmästä arkikuntoutus eroaa sen arkisemmän ja asiakaslähtöisemmän näkökulman vuoksi. Arkikuntoutus käsittää aidosti asiakkaan tarpeista ja toimintaympäristöstä nousevien asioiden huomioimisen kuntoutumisessa, kun taas kotikuntoutus kuvaa enemmänkin laitospäivä kuntoutumisen siirtämistä asiakkaan kotiin. Arkikuntoutusta toteuttavat terveydenhuollon toimijat terapeuttien ohjauksen mukaan, kun taas kotikuntoutuksen päävastuu on terapeuteilla. Kotikuntoutusta voidaan tämän määritelmän mukaan pitää laitoshoidon vastineena kuntoutukselle ja usein se liitetään kotipalveluun. (Pikkarainen 2017.)



KUVIO 10. Arki- ja kotikuntoutuksen käsitteet. (mukaillen Pikkarainen 2017)

Kotikuntoutuksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia asiakkaiden arkisuoriutumiseen ja elämänlaatuun, joskin tutkimusnäyttö on osin ristiriitaista. Myös asiakkaan subjektiivinen kokemus omasta terveydestään on kuntoutumisen myötä kohentunut. (Niemelä 2011, 62-66.) Muutokset asiakkaan toimintakyvyssä ovat olleet voimakkaimmillaan lyhyen ajan seurannassa hoitolaitoksesta kotiutumisen jälkeen. Yksilöllinen kotikuntoutus ei vuoden kestäneessä kotikuntoutuksessa parantanut asiakkaan kokemaa elämänlaatua yleiseen hoitokäytäntöön verrattuna, mutta fyysinen toimintakyky parani. (Rihlo 2016, 32.) Arkikuntoutuksen vaikuttavuudesta tarvitaan vielä lisää tutkimusnäyttöä. Yleisesti on kuitenkin todettavissa, että kuntoutumisen siirtäminen osaksi asiakkaan arkea on kannattavaa palveluiden käyttöön perustuen. (Kehusmaa 2014, 79.) Arkikuntoutus on tutkitusti kustannusvaikuttavaa ja vähentää asiakkaiden tarvetta kotihoidon palveluihin. Arkikuntoutusta saaneet asiakkaat ovat myös kokeneet oman arkisuoriutumisensa ja elämänlaatunsa verrokkiryhmää paremmaksi. (Kjerstad & Tuntland 2016, 8-10.) Ikääntyneiden halu asua omassa kodissaan tukee arkikuntoutuksen tarvetta. Arkikuntoutuksen avulla voidaan ikääntyneiden kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista tukea. (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendrop 2016, 577.)

Kuntoutumisen lähtökohtana ovat asiakkaan asettamat tavoitteet kuntoutumiselle. Tavoitteiden asettamista tukee asiakkaan osallistaminen tavoitteiden määrittämiseksi jo ennen varsinaista tavoitteen asettamista. Asiakkaan kyky tunnistaa omia arjen haasteita auttaa realististen tavoitteiden asettamisessa. Työntekijän tulee ohjata asiakasta havaitsemaan kuntoutumisen tarpeita ja yhdessä asiakkaan kanssa löytää realistiset tavoitteet kuntoutumiselle. Tavoitteiden sitominen arkisiin toimintoihin ja pilkkominen osatavoitteisiin edistävät kuntoutumista sekä mahdollistavat kuntoutuksen jatkuvan arvioinnin. Asiakkaan tunteminen sekä avoin keskusteleva ilmapiiri ovat edellytyksenä vuorovaikutuksen syntymiselle. Asiakkaalta kuntoutuminen vaatii kykyä aktiivisuuteen, sitoutumista ja motivaatiota. Motivaation kautta asiakas ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja pyrkii kohti tavoitteita. (Alanko, Karhula, Piirainen, Kröger & Nikander 2017, 33-34, 50; Reunanen 2017, 70-76.)

Kuntoutumisen esteinä voivat toimia useat eri asiat. Esteenä voi olla muutos toimintakyvyssä tai esimerkiksi kipu. (Alanko ym. 2017, 45). Myös erilaiset pelot, yksinäisyys, sairaudet ja lääkehoidon puutteellisuus vaikuttavat asiakkaan kuntoutumiseen negatiivisesti (Mannerkorpi 2017, 28). Asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen kartoittamisen ja tukemisen edellytyksenä on riittävän osaamisen ja moniammatillisuuden hyödyntäminen kotikuntoutuksen eri vaiheissa (Jokiranta 2017, 35-36). Kotikuntoutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa on siis tärkeää kiinnittää huomiota myös näihin kuntoutumista mahdollisesti haittaaviin tekijöihin ja pyrkiä poistamaan tai vähentämään niiden vaikutusta aktiivisesti.

Negatiivisten tekijöiden minimoimiseksi tarvitaan kotikuntoutuksessa moniammatillista yhteistyötä ja osaamista sekä riittävää lääkäriresurssia. Riittävä lääkäriresurssi varmistaa lääketieteellisten tekijöiden huomioimisen osana asiakkaan kuntoutumisen tukea ja esimerkiksi riittävän sekä oikea-aikaisen kipulääkityksen.

Kuntoutumisen edistämiseen liittyy vahvasti myös sosiaalinen verkosto ja heidän antama tuki kuntoutujalle. Omaisten osallisuus asiakkaan kuntoutumisen tukena on erityisen tärkeässä roolissa. Omaisten ja läheisten tuki on kannustamista ja myös konkreettista apua arjessa. (Alanko ym. 2017, 54.) Sosiaalisten tukiverkostojen puuttuminen voi pahimmallaan estää asiakkaan kuntoutumista (Reunanen 2017, 70). Sosiaalisella tuella on kuntoutumista edistävä vaikutus ja sen kautta myös asiakkaan kokemaa yksinäisyyttä vähenee. Sosiaaliset tilanteet, mahdollisuus osallistua kodin ulkopuolisiin toimintoihin ja liikkua ulkona edistävät asiakkaan osallisuutta omassa kuntoutumisessa. (Mannerkorpi 2017, 23-33.)

Onnistuneen kuntoutusjakson edellytyksenä on riittävä kuntoutusmotivaatio. Kuntoutusmotivaatiolla tarkoitetaan yksilön halua kuntoutua ja osallistua. Halu ja kiinnostus motivoi kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutusmotivaation kautta asiakas sitoutuu toimimaan edistääkseen tavoitteiden saavuttamista, jolloin kuntoutus mahdollistuu. Heikko kuntoutusmotivaatio voi estää kuntoutumisen ja tavoitteiden saavuttamisen. Kuntoutusmotivaatioon liittyvät asiakkaan aiemmat kokemukset, pelot ja tavoitteiden merkityksellisyys omaan elämään. Pystyvyyden tunne liittyy oleellisesti kuntoutusmotivaatioon ja sillä tarkoitetaan ihmisen ymmärrystä omasta suoriutumisestaan. Vahvan pystyvyyden tunteen kautta yksilö motivoituu toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi ja sen kautta sitoutuminen kuntoutumiseen mahdollistuu. (Härkääpää, Valkonen & Järviskoski 2016, 75-77.) Asiakkaille on myös tärkeää saada osallistua omaan hoitoonsa ja tehdä niitä asioita hän mihin pystyy. Halu osallistua oman kuntoutumisen suunnitteluun on ikääntyneille tärkeää. (Mannerkorpi 2017, 33-44.) Ikääntyneen omahoidon edistämiseksi on tärkeää tukea autonomista motivaatiota, jonka kautta vastuun ottaminen omasta hoidosta ja kuntoutuksesta mahdollistuu. Autonomisella motivaatiolla tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta vapaaseen toimintaan, joka on osa asiakkaan omahoidon aktiivista toimintaa. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2356-7.) Tuuha (2016, 64-66) on selvittänyt pro gradussaan liikuntamotivaatioon vaikuttavia tekijöitä itsemääräämisoikeuden näkökulmasta. Motivaatiota lisääviksi tekijöiksi nousivat tutkimuksessa liikkumisen tai harrastusten maksuttomuus, sosiaaliset suhteet ja seura liikkumisen tukena, autonomian kokemukset sekä tavoitteiden yksilöllisistä tarpeista lähtevä asettelu. Tutkimuksessa havaittiin motivaation laskevan, mikäli sosiaalinen toiminta lakkasi.

## 5.2 Asiakslähtöisyys ja asiakslähtöisyyttä edistävät työtavat kotikuntoutuksessa

Kotikuntoutuksessa kuten muissakin palveluissa tulee edistää asiakslähtöisyyttä. Toimivan arjen turvaaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja hyväksi koetun elämänlaadun edistäminen ovat palveluiden perustana. Keskiössä ovat asiakas ja hänen tarpeensa sekä tavoitteensa. Asiakas tulee nähdä tasavertaisena kumppanina palveluissa, ei vain avuntarvitsijana. Asiakkaan osallistumista kuntoutumiseen tulee tukea hänen omista voimavaroistaan katsoen. Asiakkaalla on oikeus kunnioittavaan hyvään elämään iästä tai toimintakyvystä riippumatta. (STM 2017b, 13.)

Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista tapaa huomioida asiakas. Asiakslähtöinen yhteistyösuhde sisältää aidon ja välittävän vuorovaikutussuhteen sekä tasa-arvoisen asiakkaan kohtelun. Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa huomioidaan asiakkaan sosiaaliset suhteet, taloudellinen tilanne, fyysinen terveydentila ja läheiset. Vastavuoroisessa ja voimaannuttavassa yhteistyössä työntekijät tukevat ja motivoivat asiakasta, mutta ratkaisevassa asemassa ovat kuitenkin asiakkaan voimavarat, vastuu ja motivaatio. Asiakslähtöisellä työtavalla on positiivisia vaikutuksia kaikille kuntoutusprosessiin osallistuville. Asiakslähtöinen tapa työskennellä lisää asiakkaan motivaatiota, sitoutumista ja tyytyväisyyttä. Yhteinen toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi lisää myös työntekijöiden tyytyväisyyttä sekä työmotivaatiota. (Laitila 2010,138-142.)

Asiakslähtöinen työtapa tukee asiakkaan autonomiaa. Ammattilaisen tehtävänä on tukea asiakkaan kyvykkyyttä ja pystyvyyttä sekä tukea osallisuutta ilman, että asiakasta jätetään yksin selviytymään. Osallisuuden tukeminen on keskeistä asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi. (Punna, Malinen, Sevon & Sihvonen 2017, 156-157.) Osallisuutta ja asiakslähtöisyyttä kotikuntoutuksessa edistävät kuntoutuksen yhteys asiakkaan yksilölliseen elämäntilanteeseen ja tavoitteisiin, vuorovaikutuksellisuus ja toimiva kommunikaatio kuntouttajan ja asiakkaan välillä. Osallisuuden lisääminen asteittain kuntoutuksen edetessä ja asiakkaan voimavarojen vahvistuessa vaativat kuntoutuksen jatkuvaa arviointia. (Reunanen 2017, 87-89.) Asiakslähtöisyyttä sekä osallisuutta kuntoutuksessa voidaan edistää käyttämällä erilaisia asiakasta motivoivia työtapoja, joista yksi on motivoiva haastattelu. Asiakkaan osallistamisen tukena motivoivan haastattelun keinot eli avoimet kysymykset, kuuntelu, kannustaminen sekä tiedon jakaminen ja ohjaaminen tukevat asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. (Alanko ym. 2017, 50-52.)

Asiakslähtöisyys korostaa kuntoutujan aktiivista roolia ja samalla haastaa työntekijät muuttamaan omia käsityksiään ja toimintamallejaan. Asiakslähtöisyys edellyttää kaikkien asiakkaan kuntoutumisen edistävien tekijöiden ja henkilöiden yhteistyötä sekä

vuorovaikutusta. Voimavaralähtöinen asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja hyödyntäminen edellyttävät työntekijöiltä ymmärrystä asiakkaan tarpeista, monipuolista ammatillista osaamista ja asiakkaan kuuntelemista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 7.) Aidosti asiakaslähtöinen ja kuntouttava työskentelytapa tulee olla kaikkien kuntoutukseen ja ikääntyneiden arjessa toimivien lähtökohtana, ei vain erityistyöntekijöiden kuten fysioterapeuttien. Kotikuntoutuksessa toimivien kuntouttajien tulee madaltaa ja muuttaa työnkuviaan niin, että ne tukevat asiakkaan kuntoutumista. Työnkuvien ja toimintamallien muutos haastaa johtajuutta pitkäjänteiseen ja systemaattiseen muutosjohtajuuteen uuden toimintakulttuurin juurruttamiseksi. (Pikkarainen 2016, 69.)

Asiakkaan kuntoutumista edistävä työtapa edistää asiakaslähtöisyyttä ja sen tavoitteena on tukea sekä edistää asiakkaan selviytymistä omatoimisesti. Kuntouttava työtapa huomioi asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämisen ja lähtökohtana on työskennellä asiakkaan toimintakyvyn edistämiseksi yhdessä asiakkaan rinnalla. Kuntouttavan työtavan avulla asiakasta pyritään rohkaisemaan ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja kuntoutumisestaan. (STM 2017b, 35.) Kuntouttamista edistävä työote on ymmärtämistä, sallimista, muistuttamista, valvomista, palautteen antamista ja vastaanottamista sekä mahdollisuuksien etsimistä ja löytämistä (Laurell, Nordman & Suvikas 2013, 356). Kuntouttava työtapa myös huomioi asiakkaan heikkoudet ja vahvuudet kokonaisvaltaisesti kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla. Yksilöllinen asiakkaan huomioiminen on edellytys työtavan onnistuneelle käytölle. Kuntouttavan työotteen käytön myötä pyritään tukemaan asiakasta saavuttamaan hänen kuntoutumiselle asettamansa tavoitteensa. Asiakaslähtöisyyden tukemiseksi tulee myös huomioida toimintaympäristön tarjoamat mahdollisuudet realistisesti. Työntekijöiltä työtavan käyttäminen vaatii aikaa ja suunnitelmallisuutta, jotta asiakkaan osallistaminen omaan kuntoutumiseensa mahdollistuu. Tutustuminen asiakkaan toimintatapoihin edistää ymmärrystä myös kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Luottamuksellisen suhteen syntyminen asiakkaaseen vaatii aikaa lisätäkseen asiakkaan halukkuutta kuntoutua. Kuntoutumiselle asetetut tavoitteet tulee olla asiakkaan tarpeista nousevia ja asiakkaan tulee itse laatia tavoitteet omien toiveiden pohjalta, vain sen kautta niiden tavoittelemisen tulee asiakkaalle mielekkääksi. (Mäkinen 2015, 44-50.) Vuorovaikutusellisuus ja aktiivisuutta tukevan kuntoutumista edistävän työotteen käyttö mahdollistaa asiakkaan osallisuuden ja toimijuuden kuntoutumisessa tavoitteiden saavuttamiseksi (Valtioneuvosto 2018, 6).

Kotikuntoutuksessa kuntouttavan työtavan käyttö edellyttää asiakkaan kuulemista, herkyyttä, aikaa, asiakkaan tuntemista, toimintatapojen ja menetelmien etsimistä, yhteistyötä ja oikeanlaista asennetta sekä motivaatiota (Mäkinen 2015, 65-66). Asiakaslähtöisessä toimintamallissa keskeisenä ovat asiakkaan omat mahdollisuudet vaikuttaa ja suunnitella

omaa kuntoutumistaan. Periaatteina mallissa ovat yksilöllisyys, voimavaralähtöisyys, kuntoutuksen systemaattisuus, itsenäisyyden ja aktiivisuuden tukeminen sekä sosiaalisten verkostojen vahvistaminen. Asiakslähtöisen ja kuntoutusta edistävän työotteen käytön avulla pyritään asiakkaan itsenäisyyteen, omatoimisuuteen, riippumattomuuteen sekä tasavertaiseen osallistumiseen. Yksilöllisyyden arvostaminen näkyy tasavertaisessa vuorovaikutuksessa työntekijän ja asiakkaan välillä. Aiemmin vallalla ollut käsitys ammattilaisten kyvystä päättää ja suunnitella asioita asiakkaan puolesta ei enää vastaa muuttuvia tarpeita. Kuntouttamista edistävän työotteen käytön avulla asiakasta tuetaan selviytymään päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman omatoimisesti. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tulee näkyä kaikissa kuntoutumisen toiminnoissa. Asiakas saa itse valita mitä pukee päällensä ja mitä haluaa syödä. Työntekijän rooli ei ole tehdä tai päättää asiakkaan puolesta, vaan ohjata, neuvoa, kannustaa ja kunnioittaa asiakkaan tarpeita ja toiveita. Voimavaralähtöinen työote korostaa asiakkaan voimavaroja ongelmien sijaan ja voimavarojen hyödyntäminen vaatii asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista arviointia. Voimaantumisen kautta asiakkaan motivaatio kasvaa ja kuntoutuminen mahdollistuu. (Kettunen ym. 2009, 29-31.) Asiakkaan vastuunotto omasta hyvinvoinnistaan tukee kuntoutumista. Motivaatio kuntoutumiselle kasvaa, kun asiakas huomaa saavuttaneensa tai lähestyvänsä tavoitteitaan. Arkisten rutiinien noudattaminen ja omatoiminen harjoittelu kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi edistävät kuntoutumisen onnistumista. Myös tuettu harjoittelu ja tarvittavien apuvälineiden käyttäminen ovat osa tavoitteisiin pääsemistä ja luovat kuntoutujalle turvallisuutta. (Alanko ym. 2017, 44-45.)

Asiakslähtöisen ja kuntouttavan työotteen käyttö edellyttää toimivaa moniammatillista yhteistyötä ja ammattirajojen rikkomista. Kuntouttavan työotteen käyttäminen kuuluu kaikille kuntoutukseen osallistuville ammattinimikkeestä huolimatta. Kuntouttavan työtavan ymmärtäminen saattaa kuitenkin tarkoittaa eri henkilöille eri asioita ja asiakslähtöisyyden parantamiseksi tulisi näitä käsitteitä yhteisesti selkeyttää. Moniammatillisuuden vahvistaminen ja hyödyntäminen vaativat myös kommunikointia ammattilaisten välillä sekä tiedon jakamista. Yhteisen kumppanuuden kautta asiakslähtöinen kuntoutus mahdollistuu. Ammatillisten rajojen hälventäminen tukee asiakkaan kuntoutumisen prosessia. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen asiakslähtöisen kuntouttamisen tueksi edellyttää yhtenäisiä toimintamalleja, aikaa, ymmärrystä, roolien selkeyttämistä, vuorovaikutusta, ammattirajojen ylitystä ja tietojen sekä taitojen yhdistämistä. (Mäkinen 2015, 53-61.) Moniammatillinen tuki asiakkaalle on kuntoutumista edistävä asia ja sitä tulee hyödyntää aina tavoitteen asettelusta alkaen. Yhtenäinen kirjaaminen ja kuntoutussuunnitelman käyttäminen ovat edellytyksenä asiakslähtöisen kuntoutusprosessin onnistumiselle. (Alanko ym. 2017, 50-52.) Kuntoutussuunnitelma toimii ohjenuorana asiakslähtöisen kuntoutumisen



prosessissa. Siihen kirjataan tavoitteet, keinot sekä asiakkaan toiveet ja odotukset. Kuntoutussuunnitelma on ammattilaiselle työväline, mutta asiakkaalle usein enemmän. (Palomäki 2012, 116-117.) Kuntoutussuunnitelman puute voi estää asiakkaan osallisuutta kuntoutuksessa. (Mannerkorpi 2017, 30; Palomäki 2012, 117).

## 6 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT

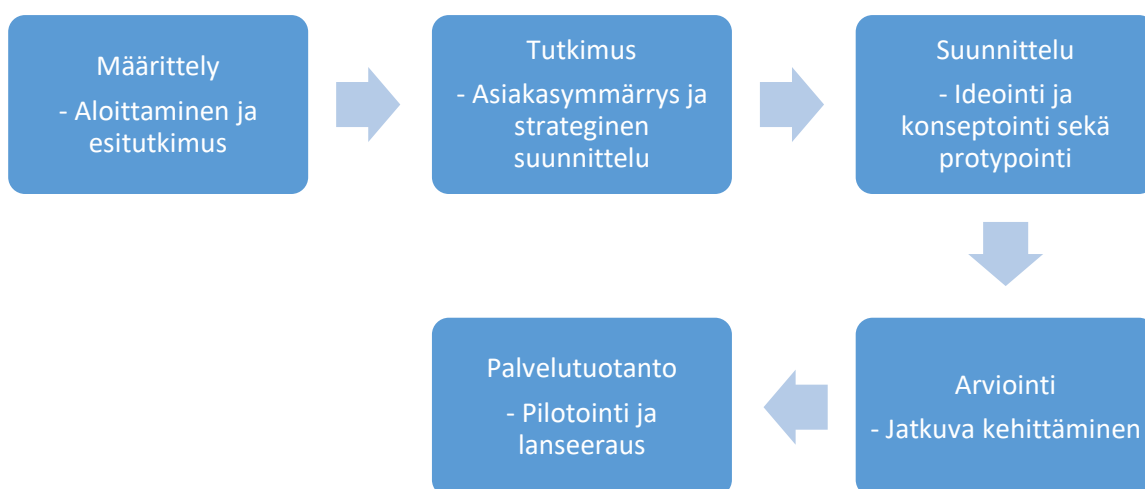
### 6.1 Palvelumuotoilu

Palveluiden kehittämistä on tehty jo pitkään, mutta varsinaisesti palvelumuotoilu on syntynyt vasta 1990-luvulla. Tarve kehittää palveluita ja yhteiskunnalliset muutokset ovat vauhdittaneet palvelumuotoilun syntyä. Palvelut syntyvät vuorovaikutuksesta asiakkaan kanssa ja palvelumuotoilun lähtökohtana on vaikuttaa näihin palveluprosesseihin. Sen avulla voidaan yhdistää tuottajien ja kuluttajien tarpeet sekä tavoitteet luoden palveluista sosiaalisesti kestäviä kokonaisuuksia. Palvelumuotoilu tarjoaa menetelmiä, joiden avulla voidaan luoda uutta tai kehittää jo olemassa olevia palvelu- ja toimintamalleja. Kehittämisen keskiössä ovat asiakas ja hänen kokemansa palvelukokemus. Asiakkaan palvelukokemuksen syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät. Ei riitä, että palvelu vastaa asiakkaan tarpeeseen vain tuotteen kautta vaan tarvitaan elämyksiä ja kokemuksia, joiden kautta asiakas muodostaa mielikuvia ja positiivisia tunnekokemuksia. Positiiviseen palvelukokemuksen syntyyn pyritään luomalla palveluprosesseista aidosti asiakkaiden tarpeista lähteviä kokonaisuuksia. Palveluiden asiakaslähtöisyys lähtee liikkeelle asiakkaalle annetusta arvolupauksesta ja työntekijät luovat omalla toiminnallaan asiakkaalle kokemuksen palvelusta. (Tuulaniemi 2011, 24-66.) Asiakkaiden kokemus palvelusta muodostuu mielikuvista, tunteista, tarpeiden ja toiveiden täyttymisestä sekä vuorovaikutuksesta palvelua tuottavan ja tarjoavan henkilön tai organisaation kanssa. Jokaisen asiakkaan kokemus on näin ollen ainutkertainen ja ainutlaatuinen. Kasvattamalla ymmärrystä asiakkaan tarpeista ja asettamalla asiakas toiminnan keskiöön voidaan tarjota asiakaslähtöisempiä palveluita. (Löytänä & Korteso 2011, 11-19.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa myös annettava hoito sekä kuntoutus tulee nähdä palveluna. Asiakkaan tai potilaan osallistuminen hoidon tai kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen tuo arvoa asiakkaalle. Vuorovaikutuksen ja tiedon jakamisen kautta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat voivat tukea asiakkaan osallistumista palveluiden ja hoidon sekä kuntoutuksen suunnitteluun. Asiakkaan osallisuuden lisääminen vaatii ennen kaikkea aikaa pysähtyä asiakkaan tarpeiden rinnalle ja toimintakulttuurin muuttamista asiakasta osallistavaan suuntaan. (Heinonen 2016, 64-65.) Asiakkaiden osallistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen vaatii vielä lisää kokemusta yhteiskehittämisestä sekä systemaattisesti luotuja toimintamalleja (Häyhtiö 2017, 64). Väestön ikääntyessä myös kuntapuolen palveluita tulee kehittää yhä enemmän asiakkaiden tarpeet ja tavoitteet huomioivaan suuntaan. Asiakkaiden muuttuvat tarpeet ja niukkenevat resurssit haastavat julkisia palveluita kehittämään asiakkaan osallisuutta edistävään suuntaan. (Tuulaniemi 2011, 279-281; Ahonen 2017, 6.)

Palvelun tavoitteena on tuottaa asiakkaalle arvoa ja hyvä palvelukokemus. Palvelumuotoilu tarjoaa menetelmiä ja mahdollisuuksia, joiden avulla asiakkaan kokema arvo voidaan lisätä. Palvelumuotoiluprosessi käynnistyy asiakkaan tarpeesta ja päättyy tarpeen täyttymiseen. Palvelumuotoilun vahvuuksia ovat sen soveltuvuus monenlaisiin ongelman ratkaisuihin ja joustava, nopea tapa uudistaa sekä kehittää palveluita ja toimintoja. (Ahonen 2017, 34-38.) Palvelumuotoilu lähtee liikkeelle ongelman nimeämisellä, ideoinnilla ja tavoitteiden laadinnalla. Moniammatillisen osaamisen ja yhteisen ajattelun kautta pyritään palveluiden toimintamallien kehittämiseen. (Tuulaniemi 2011, 126-127.)

Tuulaniemi (2011, 126-130) jakaa palvelumuotoiluprosessin viiteen päävaiheeseen (Kuvio 11). Määrittelyvaiheen tarkoituksena on muodostaa kuva organisaation tavoitteista, tarpeista ja nykytilasta. Määrittelyvaihetta seuraa tutkimusvaihe, joka syventää ja kasvattaa ymmärrystä asiakkaiden ja palvelua tuottavien tarpeista ja tavoitteista. Tutkimusvaiheen jälkeen suunnitteluvaiheessa ideoidaan ja pyritään löytämään ratkaisuja tavoitteisiin pääsemiseksi yhteiskehittämisen keinoin. Ideoita prototypoidaan ennen pilotointia ja lanseeraamista. Palvelumuotoilu päättyy arviointiin ja vaiheita voidaan toistaa tarvittaessa. Jokainen palvelumuotoiluprosessi muodostuu yksilöllisesti tarpeista ja tavoitteista riippuen ja prosessin eri vaiheita käytetään soveltuvin osin.



KUVIO 11. Palvelumuotoiluprosessi (mukailten Tuulaniemi 2011, 130-131)

Palvelumuotoilussa käytettävät työmenetelmät ovat luovia ja soveltuvat arjen toimintojen ratkaisemiseksi, nopeasti ja joustavasti. Käytettävän menetelmän arvo on toissijaista, tärkeintä on tavoitteen saavuttaminen. Prosessi käynnistyy havaitusta tarpeesta uudistaa jokin palvelua tai sen osaa ja etenee systemaattisesti toimintamallin tai toisiaan seuraavien toimintojen kautta kohti tavoitetta. Palvelumuotoilussa prosessin vaiheita toistetaan, kunnes saavutetaan toimiva ratkaisu asetettuun tavoitteeseen. (Ahonen 2017, 40-45.)

Palvelumuotoilu koostuu eri menetelmistä, jotka valitaan kehitettävän asian, kohteen tai palvelun mukaan. Sen avulla pyritään tekemään näkymätön näkyväksi hyödyntämällä visuaalisuutta ja vuorovaikutusta. Kokonaisvaltaiseen ongelman ratkaisuun pyritään pilkkomalla haasteet pienempiin osatavoitteisiin. Tavoitteena on palvelumuotoilun keinoin löytää uusia innovaatioita, ymmärtää asiakkaan tarpeita ja toiveita sekä suunnitella sekä toteuttaa toimivia palveluita. (Tuulaniemi 2011, 27-115.)

Palvelut tulevat tulevaisuudessa kokonaisvaltaisemmiksi sekä asiakaslähtöisimmiksi ja muuttuvat asiakastarpeet tulevat kehittämään uusia palveluita. Yhteistyö ja asiakkaan osallistaminen palveluiden suunnitteluun tulevat tämän myötä lisääntymään. Palvelumuotoilun avulla voidaan siirtyä tuotokeskeisyydestä palvelukeskeisyyteen. Palvelumuotoilun menetelmien avulla asiakasymmärryksen syventyminen mahdollistuu ja asiakkaalle voidaan tuottaa palveluita (Kuvio 12), jotka vastaavat paremmin hänen tarpeisiinsa. Palvelumuotoilun tarjoamat visuaaliset kuvaukset auttavat ymmärtämään asiakastarpeita, parantavat vuorovaikutusta ja kommunikointia. Palvelumuotoilun avulla on mahdollista saavuttaa myös taloudellista hyötyä ja lisätä tehokkuutta. (Komulainen 2018, 60-72.)



KUVIO 12. Palvelumuotoilun hyödyt (mukaillen Komulainen 2018, 72)

Kehittämishankkeen lähestymistavaksi palvelumuotoilu valikoitui sen työelämälähtöisen ja osallisuutta tukevan näkökulman vuoksi. Kehittämishankkeen toiminnallisen osuuden toteutus aloitettiin ideoimalla aivoriihimenetelmän avulla asiakkaan osallisuuden edistämiseksi tarvittavia keinoja. Ideoinnin jälkeen asiakkaan kotikuntoutusjakson sisältöä kartoitettiin kuvaamalla visuaalisesti asiakkaan palvelupolku kotikuntoutuksessa. Palvelupolun kuvaamisen tarkoituksena oli luoda yhteneväinen käsitys asiakkaan kotikuntoutusjakson etenemisestä, koska sellaista ei vielä aiemmin ollut määritelty. Palvelupolun kuvaamisen jälkeen aloitettiin Service blueprint menetelmää apuna käyttäen työstämään kotikuntoutus asiakkaan osallisuuden edistämiseksi toimintamallia. Syntyneen toimintamallin pilotointi jäi aikataulusyistä kehittämishankkeen ulkopuolelle.

## 6.2 Aivoriihi

Aivoriihen avulla pyritään rajattuun ongelmaan löytämään uusia ideoita ja näkökulmia, joista osa valitaan kehittämishaasteiksi jatkossa. Aivoriihen kautta pyritään löytämään uusia positiivisia ajatuksia ja se sopii niin yksittäisen asian kuin isommankin kokonaisuuden ongelmanratkaisun menetelmäksi. Aivoriihi aloitetaan esittämällä osallistujille menetelmän periaatteet ja toteutustapa. Tarvittaessa voidaan käydä menetelmän toteutusta kokeilu- luontoisesti läpi. Ideointi lähtee tämän jälkeen liikkeelle ongelman asetelulla ja

rajauksella. Jokaisen osallistujan tulee ymmärtää käsiteltävä asia. Toteutus voidaan tehdä ryhmässä tai yksilötehtävänä. Ideoinnissa käytetään positiivista lähestymistapaa, jossa kaikki ajatukset ovat sallittuja, mutta negatiivista lähestymistä aiheeseen vältetään. Kaikki mieleen tulevat ideat tuodaan esille ja apuna voidaan käyttää ajatuskarttoja, Post-it lappuja tai erilaisia internet pohjaisia alustoja. Ideointivaiheen jälkeen esiin tulleita asioita arvioidaan yhdessä osallistujien kanssa kriittisesti. Kriittisen arvioinnin avulla nostetaan esiin tulleista asioista ne, joita lähdetään jatkossa kehittämään. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richert & Teirasvuori 2014, 18-19; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 160-162.)

### 6.3 Palvelupolku

Palvelupolku on kuvaus asiakkaan kulkemasta reitistä palvelussa. Se kuvaa kokonaisuutta palvelusta asiakkaan näkökulmasta ja niitä kohtaamisia, jotka syntyvät asiakkaan ja tuottajan välille. Näitä kohtaamisia kutsutaan palvelutuokioiksi. Palvelutuokiot sisältävät fyysisistä tiloista, esineistä ja kokemuksista syntyviä kontaktipisteitä. (Tuulaniemi 2011 78-80; Ahonen 2017, 42.) Palvelupolun kuvaamisen avulla on mahdollista luoda yhteistä ymmärrystä kehitettävästä palvelusta ja sen avulla voidaan kehittämisen kohteena olevaa palvelua jakaa pienempiin osakokonaisuuksiin. Palvelupolkua voidaan muokata sekä kehittää omien tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta niin, että se tukee kehittämishankkeen tavoitteita. Palvelupolun kuvaus voidaan tehdä myös työnsujuvuuden ja työntekijöiden näkökulmasta. (Ahonen 2017, 42-118.)

Kehittämishankkeessa kotikuntoutusasiakkaan palvelupolun kuvauksen avulla muodostettiin yhteneväinen käsitys asiakkaan kulkemasta reitistä kotikuntoutuksessa. Kotikuntoutusasiakkaan kulkema reitti palvelussa ei ollut vielä muotoutunut vakiintuneeksi toimintamalliksi pilotoinnin jälkeen ja sen vuoksi nähtiin tärkeäksi muodostaa yhteinen kuva asiakkaan kulkemasta reitistä kotikuntoutuksessa, jotta jokainen osallistuja ymmärtäisi asian samalla tavoin. Palvelupolun kuvausta tehtäessä lähtökohtana pidettiin tavoitetilaa siitä mistä palvelupolun tulisi koostua. Palvelupolku kuvattiin organisaation näkökulmasta.

### 6.4 Service blueprint

Asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi tarkoitettua toimintamallia tässä kehittämishankkeessa rakennettiin yhteiskehittämisen keinoin Service blueprint menetelmää apuna käyttäen. Tavoitteena oli löytää kriittisiä pisteitä ja kehittämiskohteita asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi.

Service blueprintillä tarkoitetaan palvelumallia, jossa kuvataan palvelua useasta eri näkökulmasta. Mallissa palvelu kuvataan visuaalisesti ja malli tuo esiin tarvittavat resurssit

sekä asiakkaan osuuden palvelussa. Blueprintin avulla kuvataan koko palveluketju ja sitä voidaan käyttää sekä kokonaan uusien prosessien kuvauksissa tai vanhojen mallien uudistamisessa. Malli perustuu prosessiajatteluun, jossa asiakkaan näkökulma tuodaan esiin. Mallin kuvaamisen yksityiskohtaisuus vaihtelee tarpeen mukaan. (Tuulaniemi 2011, 210-211.) Blueprintin avulla voidaan palvelun eri vaiheet kuvata yksityiskohtaisesti niin, että kaikkien palveluun liittyvien roolit ja palvelun eteneminen saadaan näkyviin.

Blueprintin avulla jokaiselle palveluun liittyvälle henkilölle voidaan muodostaa yhteneväinen kuva palvelun etenemisestä. Sen avulla jokaisen palveluun liittyvän rooli tulee selkeästi esiin ja asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät tekijät voidaan havainnollisesti kuvata. (Ojasalo ym. 2014, 178.)

Blueprintissä palvelun eri tasot kuvataan asiakkaalle näkyvinä ja näkymättöminä toimintoina. Asiakkaan toiminnoissa kuvataan kaikki asiakkaan toimien osat, jotka tapahtuvat vuorovaikutuksessa palvelun tarjoajan kanssa. Henkilöstön toimet kuvataan kahdella eri tasolla, joista näkyvällä tasolla toimitaan yhdessä asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa. Asiakkaalle näkymättömillä toiminnoilla henkilöstö tukee ja valmistelelee asiakkaan toimintoja. Tukiprosessit ovat välttämätön osa palvelua ja niiden tarkoituksena on tukea palvelun kokonaisuuden kannalta tärkeitä toimintoja. Sisäisen vuorovaikutuksen rajapinta erottaa henkilöstön toimet asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa tapahtuvasta palvelun osasta. Blueprintin ylimmällä tasolla kuvataan lisäksi ne fyysiset ja tekniset osat, jotka ovat osaa palvelua. (Ojasalo ym. 2014, 178-179.)

Service blueprint lähtee liikkeelle palveluprosessin valitsemisella. Jokaiselle eri asiakassegmentille on tarpeellista tehdä oma kuvaus palvelusta. (Ojasalo ym. 2014, 180.) Segmentoinnilla tarkoitetaan asiakkaiden ryhmittelyä heidän tarpeidensa mukaan (Löytänä & Korteso 2011, 129). Asiakassegmentin valitsemisen jälkeen kuvataan palveluprosessi asiakkaan näkökulmasta. Tärkeää on keskittyä asiakkaan palvelukokemukseen ja sen syntyyn vaikuttaviin tekijöihin. Seuraavassa vaiheessa kuvataan ne henkilöstön toimet, jotka ovat suoraan vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Lopuksi yhdistetään tukitoimet asiakkaiden toimiin ja lisätään fyysiset ja tekniset osat palvelusta. (Ojasalo ym. 2014, 180-181.)

Service blueprint mahdollistaa palveluketjujen tarkastelun yksityiskohtaisesti toiminto toiminnolta. Mallin avulla voidaan toimintaa kehittää tai suunnitella ja se mahdollistaa myös toiminnan kustannusten tarkastelun. (Tuulaniemi 2011, 211-213.) Blueprintin vahvuus on asiakkaan roolin korostaminen. Sen avulla henkilöstön on mahdollista nähdä omien toimiensa vaikutus ja merkityksellisyys palvelun kokonaisuudessa sekä niiden vaikutukset

asiakkaan toimiin. (Ojasalo ym. 2014,182.) Kuviossa 13 on esimerkki Service blueprint pohjasta, jota käytettiin kehittämishankkeen mallipohjana.

### Service Blueprint

Kehityskohde ▼

Projektiryhmä ▼

Päivämäärä ▼

Käyttäjälle näkyvät fyysiset elementit ▶ (esim. tilat, esineet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Käyttäjän toimet ▶ (esim. palvelun kirjautuminen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Vuorovaikutuksen raja</i>	<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>						
Käyttäjälle näkyvät henkilöstön toimet ▶ (esim. tervehtiminen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Näkyvyyden raja</i>	<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>						
Käyttäjälle näkymättömät henkilöstön toimet ▶ (esim. rekisteröinti)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tukiprosessit ▶ (esim. tilojen huolto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aika →						

KUVIO 13. Service blueprint pohja (Kurronen 2013, 71)

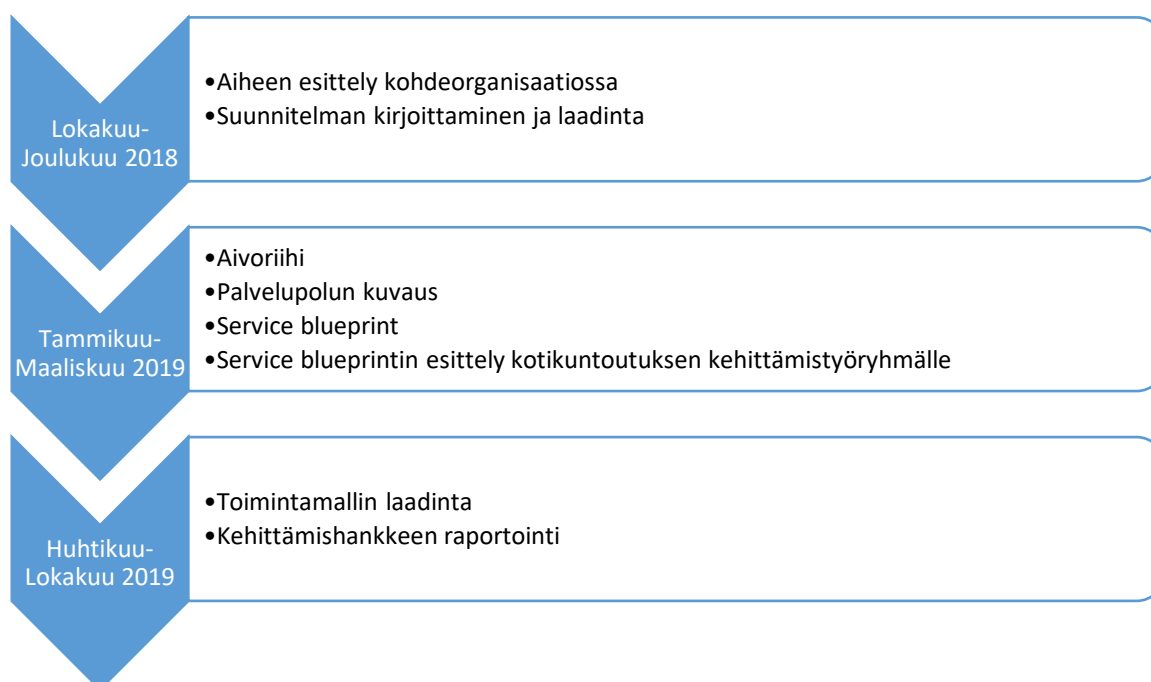


## 7 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

### 7.1 Aikataulu ja eteneminen

Kehittämishankkeen aihe nousi työelämässä havaitusta tarpeesta edistää ikääntyneen asiakkaan osallisuutta kotikuntoutuksessa. Syksyllä 2018 kehittämishankkeen työstäminen alkoi suunnitelman kirjoittamisella ja loppuvuodesta 2018 aihe sekä alustava aikataulu esiteltiin kohdeorganisaatiossa (Kuvio 14). Kehittämishankkeen aiheen esittelyn yhteydessä sovittiin yhdessä kohdeorganisaation toimijoiden kanssa kehittämishankkeen toiminnallisen osuuden toteuttamisesta ja osallistujista. Aivoriihi-ideointi toteutettiin kohdeorganisaatiossa tammikuussa 2019.

Aivoriihi-ideoinnin jälkeen laadittiin kotikuntoutusasiakkaan palvelupolun kuvaus. Palvelupolun kuvauksen jälkeen aloitettiin Service blueprintin työstäminen. Service blueprint valmistui helmikuun 2019 lopussa, jonka jälkeen se esiteltiin alueelliselle kotikuntoutuksen kehittämistyöryhmälle. Kehittämishanke eteni toimintamallin laadinnalla ja kirjallisen raportin kirjoittamisella sekä toiminnallisen osuuden purkamisella.

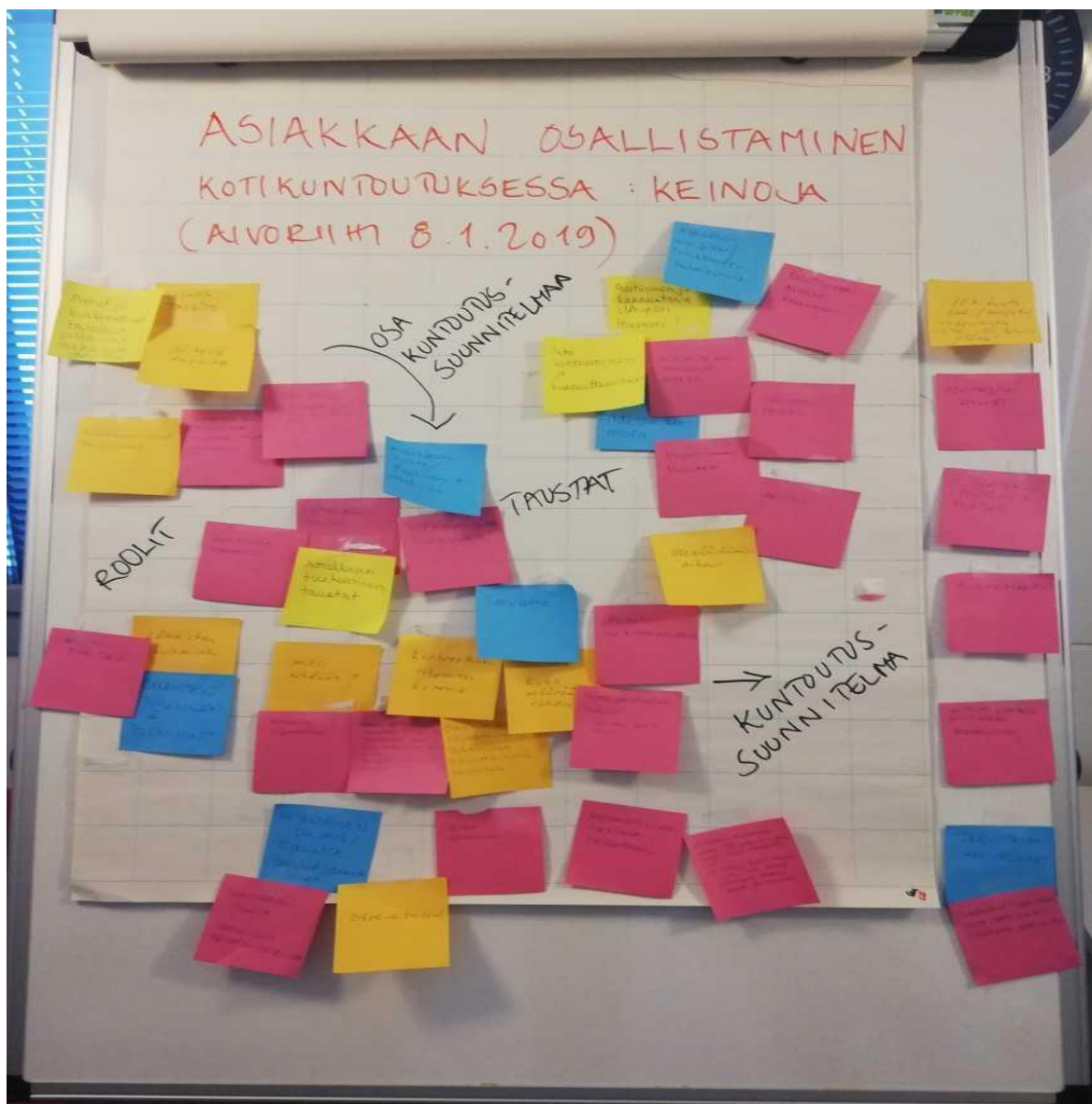


KUVIO 14. Kehittämishankkeen eteneminen ja aikataulu

## 7.2 Aivoriihi-ideointi

Aivoriihi toteutettiin kohdeorganisaatiossa 8.1.2019 ja siihen osallistuivat kaikki kotikuntouksessa työskentelevät. Osallistujajoukko koostui yhdestä toimintaterapeutista, yhdestä sairaanhoitajasta, neljästä lähihoitajasta ja kolmesta fysioterapeutista, joista yksi työskenteli kotihoidon fysioterapeuttina. Aivoriihi toteutettiin yhtenä ryhmänä ja sen kesto oli yksi tunti ja 45 minuuttia. Aivoriihi toteutettiin kohdeorganisaation taukotilassa. Taukotila valikoitui ideoinnin paikaksi, koska se mahdollisti kaikkien halukkaiden osallistumisen ideointiin. Taukotila oli rauhallinen ja ideointi toteutui ilman keskeytyksiä. Ennen ideoinnin aloitusta työpuhelimet suljettiin keskeytysten välttämiseksi.

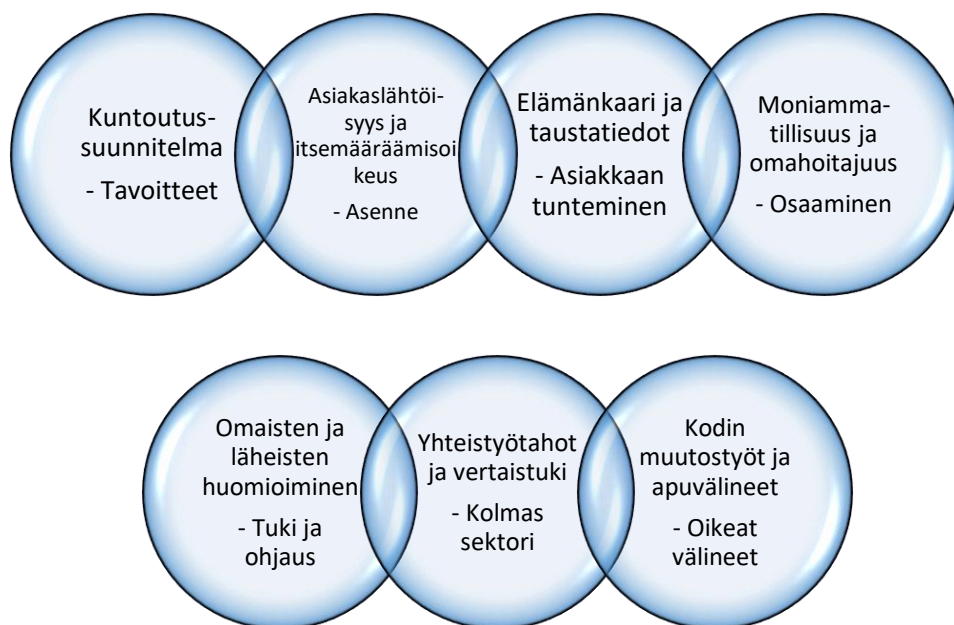
Aivoriihin tarkoituksena oli ideoida asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi tarvittavia keinoja. Aivoriihen aluksi keskusteltiin lyhyesti asiakkaan osallistamisesta yleisesti ja kerroin kehittämishankkeen sisällöstä, toteutuksesta ja aikataulusta. Aiheen esittelyn jälkeen esitelin aivoriihi menetelmää. Ideointia varten kaikille jaettiin Post-it lappuja ja kynät. Ryhmä ei kokenut tarpeelliseksi pitää harjoittelukierrosta vaan ideointi aloitettiin heti. Ideoinnin tuloksena syntyi yhteensä 46 Post-it lapulle kirjattua ideaa (Kuva 2), jotka koottiin fläppitaululle. Keskustelua ideoinnin aikana syntyi runsaasti ja positiivinen ilmapiiri mahdollisti jokaisen osallistumisen keskusteluun aktiivisena jäsenenä. Jokaiselta osallistujalta tuli myös useampi Post-it lapulle kirjattu idea.



KUVA 2. Aivorihi

Koska ideoista osa oli samansuuntaisia, ne päätettiin yhdessä jakaa teemoihin (Liite 1). Teemat kuvasivat asiakkaan osallistamisen keinoja ja niitä muodostettiin yhteensä seitsemän (Kuvio 17). Teemat olivat kuntoutussuunnitelma, elämänkaaritietojen ja taustatietojen kartoittaminen, omaisten ja läheisten huomioiminen kuntoutumisen tukena, asiakaslähtöisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, moniammatillisuuden ja omahoitajuuden hyödyntäminen, yhteistyötahot ja vertaistuki asiakkaan kuntoutumisen tukena sekä apuvälineiden ja kodin muutostöiden kartoittaminen. Erityisesti kuntoutussuunnitelma ja

moniammatillisuus sekä roolien selkeyttäminen herättivät paljon keskustelua ja nähtiin tärkeänä kehittää jatkossa näiden asioiden huomioimista asiakkaan kotikuntoutuksessa.

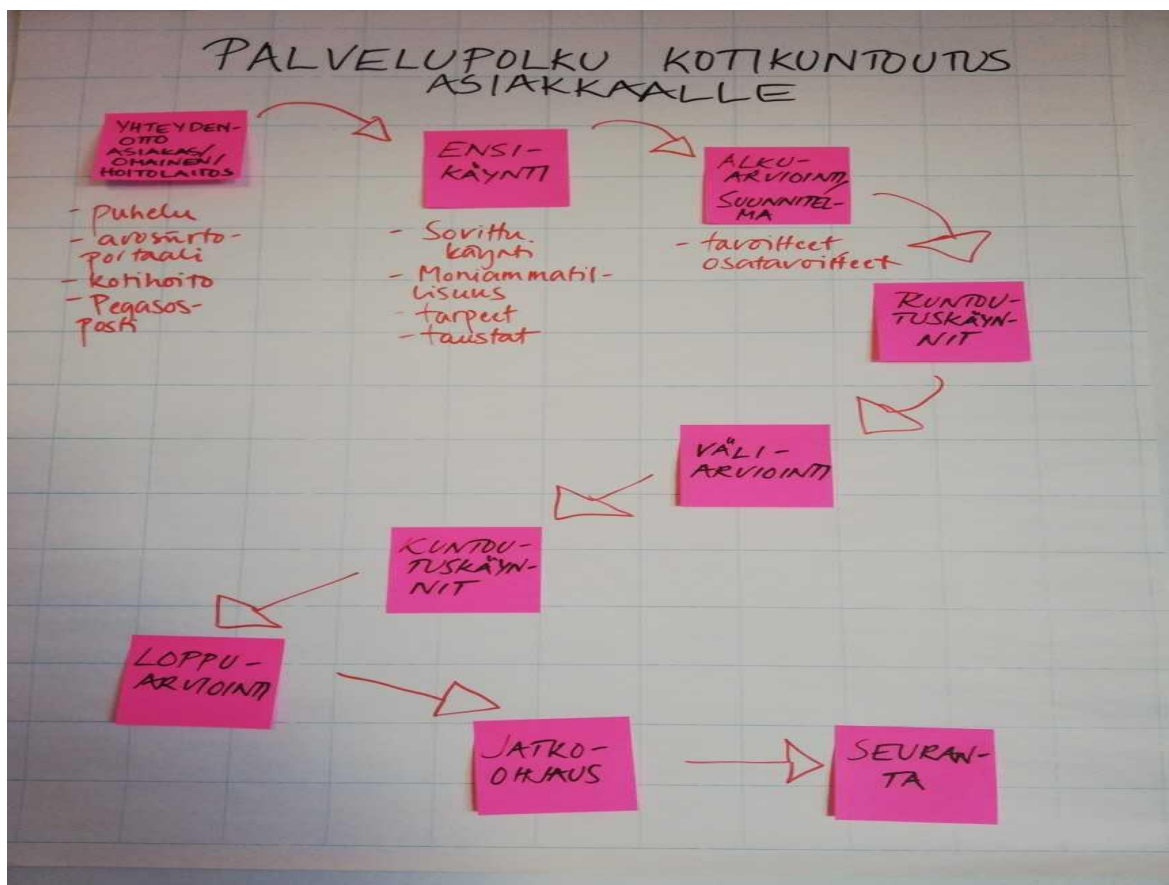


KUVIO 17. Asiakkaan osallisuutta kotikuntoutuksessa tukevia keinoja

### 7.3 Palvelupolun kuvaus

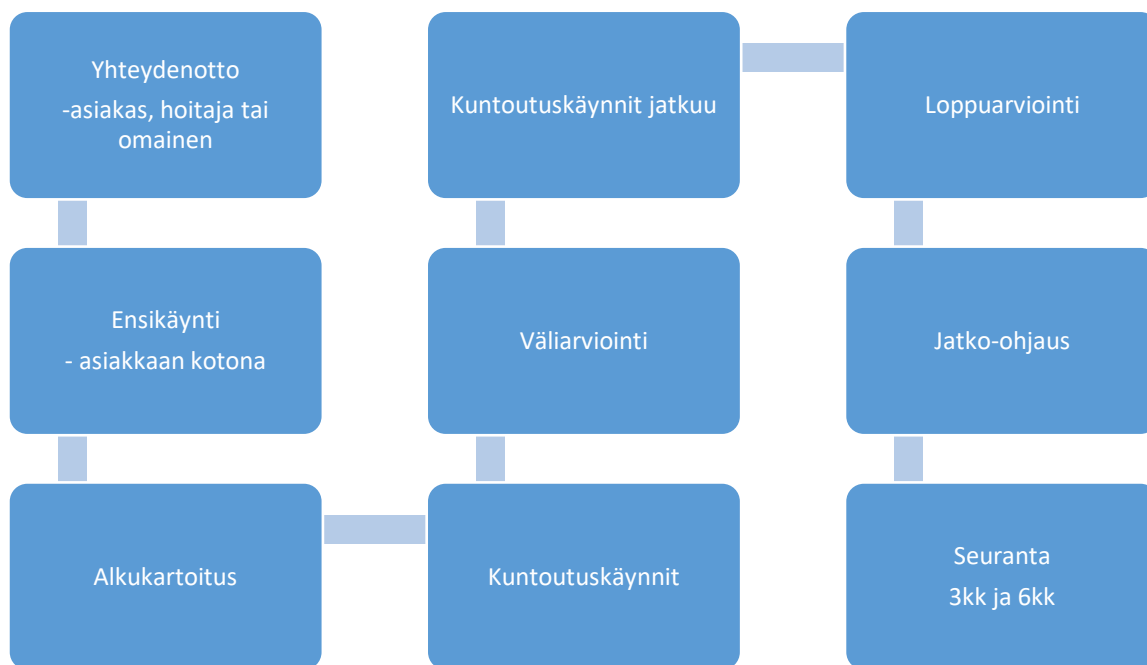
Palvelupolun kuvaus toteutettiin kohdeorganisaatiossa 22.1.19. Tilana toimi kohdeorganisaation taukotila. Tilaisuuden kesto oli yksi tunti ja 40 minuuttia ja siihen osallistui yksi sairaanhoitaja, kaksi fysioterapeuttia, kaksi lähihoitajaa, yksi toimintaterapeutti ja palveluohjauksen esimies. Lisäksi mukana oli kotihoidon fysioterapeutti.

Tapaamisen aluksi kerrattiin aivoriihessä syntyneitä ideoita lyhyesti läpi. Sen jälkeen sovittiin yhdessä tehtäväksi karkea kuvaus kotikuntoutusasiakkaan palvelupolusta. Tässä vaiheessa ei kotikuntoutuspilotoinnin päätyttyä ollut vielä luotuna yhtenäistä kuvausta, joten palvelupolun laadinnassa mietittiin asiakkaan kulkemaa reittiä kotikuntoutuksessa tavoitetilan näkökulmasta. Palvelupolun kuvaus aloitettiin kuvaamalla ensimmäinen ja viimeinen asiakkaan kohtaaminen palvelupolussa. Visualisoinnin tukena käytettiin fläppitaulua, johon liimattiin Post-it lappuja (Kuva 3).



KUVA 3. Kotikuntoutus asiakkaan palvelupolun kuvaus

Ensimmäisen ja viimeisen asiakkaan kohtaamisen välille luotiin palvelupolku (Kuvio 16). Aihe herätti runsaasti keskustelua ja haasteiksi nähtiin palvelupolun alkuvaiheessa tapahtuvat kohtaamiset asiakkaan kanssa. Lisäksi roolit ammattilaisten kesken todettiin tarkennusta vaativiksi. Ideointia syntyi runsaasti myös keskustelussa. Palvelupolun kuvauksessa hyödynnettiin aivoriivessä syntyneitä ideoita ja sen avulla oli tarkoituksena selkeyttää kotikuntoutus asiakkaan palvelua ja toimia seuraavassa vaiheessa tehtävän Service blueprin-



KUVIO 16. Ikääntyneen kotikuntoutusasiakkaan palvelupolku

## Asiakkaan palvelupolun vaiheet

### Yhteydenotto

Ensimmäinen kohtaaminen asiakkaan kanssa palvelupolulla syntyy yhteydenotosta kotikuntoutukseen. Yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse, potilastietojärjestelmän kautta viestillä tai terapeuttien käyttämän avosiirtoportaalin kautta. Yhteydenotto kotikuntoutukseen tulee usein hoitolaitoksesta, jossa asiakas sillä hetkellä on hoidettavana, mutta yhteydenottaja voi myös olla asiakas tai hänen omaisensa.

### Ensikäynti

Ensikäynnillä asiakas tavataan ensimmäisen kerran ja ympäristönä toimii asiakkaan koti. Ensikäynnin tarkoituksena on antaa asiakkaalle tietoa kotikuntoutusjaksosta ja tutustua asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa. Ensikäynnille osallistuu asiakkaan lisäksi tarvittaessa omainen tai läheinen, jaksosta vastaava omahoitaja sekä asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaan toimintaterapeutti, fysioterapeutti, lähihoitaja tai/ja sairaanhoitaja.

## **Alkukartoitus**

Alkukartoitus tehdään asiakkaan kotona ennalta sovitun moniammatillisen työryhmän kanssa. Myös läheisten/omaisten läsnäoloa tuetaan. Alkukartoituksessa on tavoitteena luoda asiakkaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa määritellään kuntoutusjakson tavoitteet ja keinot. Kuntoutussuunnitelmaa laatiessa huomioidaan eri ammattiryhmien, asiakkaan ja omaisten roolit.

Alkukartoitukseen sisältyy myös motivoivan haastattelun keinoja ja elämänkaarihaastattelua sekä asiakkaan tarpeiden mukaan erilaisia toimintakykyä ja elämänlaatua mittaavia testejä ja mittareita.

## **Kuntoutuskäynnit**

Kirjallisen kuntoutussuunnitelman laatimisen jälkeen aloitetaan sovitut kuntoutuskäynnit. Asiakas toteuttaa myös omatoimisesti sovittuja kuntoutuskeinoja ja omaisten tehtävänä on osaltaan tukea kuntoutusprosessin onnistumista. Kuntoutuskäyntien tiheys ja määrä riippuvat asiakkaan tarpeesta. Kuntouttajan tehtävänä on ohjata asiakasta kuntoutumisen erilaisissa harjoitteissa, jotka yksilöllisesti asiakkaalle on laadittu. Kuntoutuskäyntien aikana asiakasta tuetaan ja ohjataan päivittäisissä toiminnoissa ja käynnit voivat asiakkaan tarpeiden mukaisesti sisältää myös hoitotoimenpiteitä.

## **Väliarviointi**

Kotikuntoutusjakso sisältää jatkuvaa arviointia. Väliarvioinnin tehtävänä on tarkistaa tavoitteita ja kuntoutussuunnitelmaa. Väliarviointiin sisällytetään tarvittaessa erilaisia testauksia tai toimintakyvyn mittareita.

## **Kuntoutuskäynnit**

Väliarvioinnin jälkeen kuntoutuskäynnit jatkuvat tarkennetun ja päivitetyn kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

## **Loppuarviointi**

Loppuarviointi yhdistää kotikuntoutusjakson ja se sisältää sekä asiakkaan kuntoutumissuunnitelman, arvioinnit, että palautteen jaksosta.

## **Jatko-ohjaus**

Jatko-ohjauksessa asiakkaan kanssa laaditaan jatkosuunnitelma, jonka avulla asiakas voi jatkaa omatoimista kuntoutumistaan. Omaisten läsnäolo jatko-ohjausta laadittaessa on tärkeää, jotta läheiset ja omaiset pystyvät tukemaan asiakkaan omatoimista kuntoutumista osaltaan. Jatko-ohjaus sisältää konkreettisen suunnitelman, tarvittavat yhteystiedot ja

ohjeistuksen. Mikäli asiakkuus kotihoidossa jatkuu, osallistuu jatko-ohjaus käynnille myös kotihoidon tiimin sairaanhoitaja tai omahoitaja. Kotihoidon tiimi saa myös ohjeet asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi.

### **Seuranta**

Kuntoutusjakson päättymisen jälkeen asiakkaan kanssa sovitaan jatkoseurannasta. Seuranta tapahtuu alkuun tiheämmin ja seuranta harvennetaan ajan kuluessa. Asiakas ottaa yhteyttä puhelimitse kotikuntoutustiimiin ensimmäisen kerran kuntoutusjakson jälkeen noin viikon kuluttua. Tarvittaessa asiakkaan luokse voidaan tehdä seurantakäynti. Kotikuntoutuksen vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen arvioidaan seurantakäynneillä asiakkaan luokse kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua. Tällöin toistetaan kotikuntoutusjakson alussa tehdyt mittaukset, joita voivat olla esimerkiksi toimintakykyä kartoittavan Barthelin indeksin mittaaminen, elämänlaatua mittaava EuroHis-8 mittaristo tai fyysistä toimintakykyä kartoittava SPPB-testi.

#### **7.4 Toimintamallin laadinta**

Asiakkaan osallisuuden edistämiseksi tehtävä toimintamalli laadittiin Service blueprintiä hyödyntäen. Service blueprintiä laadittiin neljänä eri tapaamiskertana. Tilana toimi henkilökunnan taukotila. Service blueprintin työstämiseen osallistui tapaamisissa viidestä kahdeksaan henkilöä ja osallistujia oli eri ammattiryhmistä (sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti). Tapaamisten kesto oli kerrallaan yksi-kaksi tuntia. Visuaalisen hahmottamisen tukena käytettiin fläppitaulua ja erivärisiä Post-it lappuja.

Service blueprintin tasoiksi nimettiin fyysinen ympäristö/palvelutodisteet, asiakkaan toiminta, näkyvä toiminta (kuntouttajien toimintaa kuvaava), näkymätön toiminta ja tukiprosessit. Jokaista tasoa kuvaamaan valittiin eri värinen Post-it lappu, jolloin eri tasojen hahmottaminen oli helpompaa. Jokaisen tapaamisen aluksi kerrattiin edellisen työpajan tuloksia ja Service blueprint menetelmää. Tapaamisten välissä Service blueprint oli koko ajan nähtävillä henkilökunnan taukotilassa. Näin jokainen pystyi ajatustasolla työstämään siihen liittyviä asioita myös tapaamisten välissä.

Service blueprintin laatiminen aloitettiin tarkastelemalla asiakkaan toimintoja. Asiakkaan toimintojen työstäminen vei eniten aikaa ja herätti myös keskustelua eniten. Asiakkaan toimintojen hahmottamiseen käytettiin kaksi tapaamiskertaa. Asiakkaan toimintojen tarkastelemisen jälkeen siirryttiin näkyvien ja näkymättömien toimintojen tarkastelemiseen ja viimeisenä määriteltiin fyysinen ympäristö/palvelutodisteet ja tukiprosessit. Fyysisen ympäristön ja palvelutodisteiden sekä tukiprosessien laadinta koettiin helpoimpina osuuksina. Niiden laadinta vei myös vähiten aikaa ja herätti vähiten keskustelua. Asiakkaan toimintoja

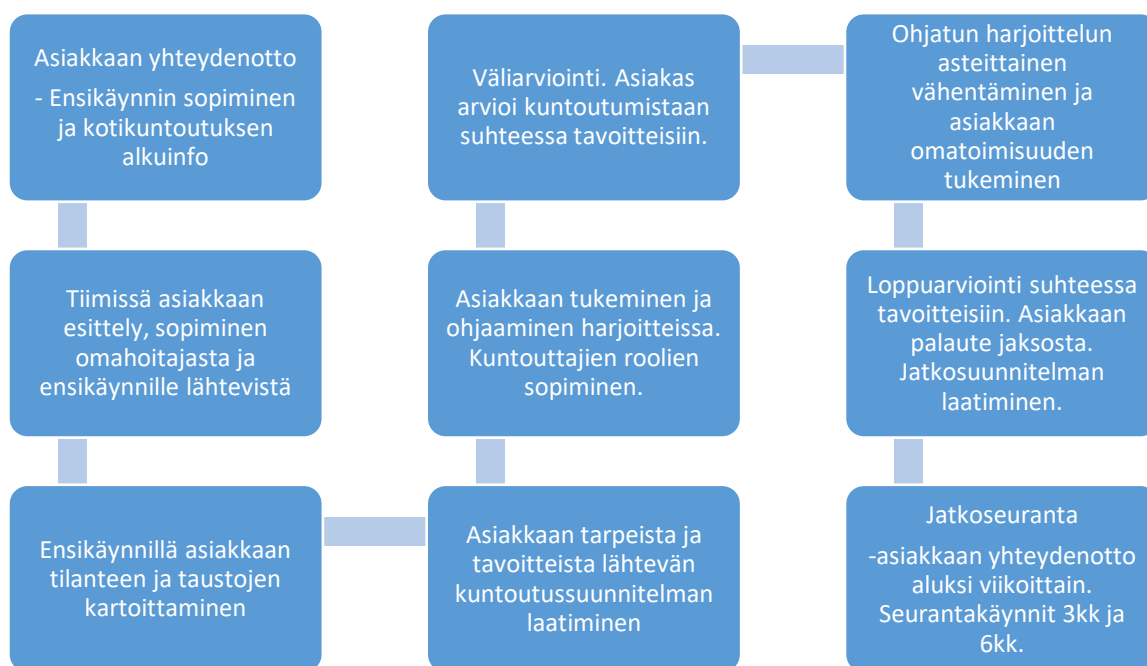




## 8 ASIAKKAAN OSALLISUUTTA KOTIKUNTOUTUKSESSA EDISTÄVÄ TOIMINTAMALLI

Asiakkaan osallisuuden edistämiseksi ja tukemiseksi keskeistä on kaikessa toiminnassa huomioida asiakas ja hänen yksilölliset tarpeensa sekä toiveensa. Toiminnan lähtökohdina tulee olla asiakkaan osallisuuden edistäminen ohjaamalla ja tukemalla asiakasta itsenäisesti toteuttamaan niitä asioita, joihin hän pystyy. Palvelun eri vaiheissa tulee huomioida jatkuvasti asiakaslähtöisyys. Asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli muodostuu tavoitteellisuudesta, asiakaslähtöisyydestä, moniammatillisuudesta ja jatkuvasta arvioinnista kotikuntoutuksen eri vaiheissa.

Asiakkaan kotikuntoutusjakso alkaa asiakkaan tunnistaessa kuntoutustarpeen ja halusta kuntoutua (Kuvio 17). Arkitoiminnoissa tai toimintakyvyssä havaittu haaste aktivoi asiakkaan ottamaan yhteyttä kotikuntoutukseen puhelimitse. Mikäli yhteydenottaja on joku muu henkilö kuin asiakas itse, kysytään soittajalta mahdollisuutta asiakkaan omaan yhteydenottoon. Edellytyksenä asiakkaan näkökulmasta on saada tieto kotikuntoutuksen mahdollisuudesta. Kotikuntoutuksesta tulee lisätä tietoisuutta markkinoinnin keinoin. Kirjallinen esite sekä hoitolaitosten tiedottaminen ja informoiminen kotikuntoutuksesta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Markkinointi paikallislehdissä lisää paikallista tietoisuutta asiasta.



KUVIO 17. Ikääntyneen kotikuntoutus asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli

Asiakkaan yhteydenottoon vastaa kotikuntoutuksen hoitaja tai terapeutti. Ensimmäisen yhteydenoton aikana on tavoitteena saada alustava käsitys asiakkaan kuntoutustarpeesta ja motivaatiosta kuntoutumiseen. Kotikuntoutusjakson sisällöistä kertominen antaa asiakkaalle mahdollisuuden alustavasti miettiä omia tavoitteitaan kuntoutumisessa. Puhelimitse tapahtuvan yhteydenoton aikana asiakkaan kanssa sovitaan ensikäynnin ajankohta ja pyritään tukemaan asiakasta pyytämään tarvittaessa paikalle myös omaisen tai läheinen, jonka rooli on tukea asiakkaan kuntoutusjakson onnistumista. Ensikäynnin ajankohdan sopimisen jälkeen kotikuntoutustiimi kokoontuu ja yhteydenoton vastaanottanut kuntouttaja kertoo asiakkaan taustatietoja muille kuntouttajille. Kotikuntoutustiimissä päätetään sen jälkeen ensikäynnille lähtevät kuntouttajat, jotka valitaan asiakkaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Asiakkaalle myös sovitaan vastuuhenkilö, jonka tarkoituksena on pitää yllä kokonaiskuvaa kotikuntoutusjakson etenemisestä ja toimia asiakkaan ensisijaisena yhteyshenkilönä. Vastuuhenkilö valitaan asiakkaan tarpeen mukaan ja se voi olla hoitaja tai terapeutti.

Ensikäynnillä asiakkaan kanssa tapahtuu ensimmäinen fyysinen kohtaaminen ja se tapahtuu asiakkaan omassa toimintaympäristössä. Ensikäynnin tavoitteena on antaa asiakkaalle tietoa kotikuntoutuksen mahdollisuuksista, tutustua asiakkaaseen ja aloittaa asiakkaan motivointi omaan kuntoutumiseensa. Ensikäynnillä kartoitetaan myös apuvälineiden tarvetta ja kodin muutostöitä, jotka ovat edellytyksenä asiakkaan omatoimisuudelle päivittäisissä toiminnoissa. Ensikäynnillä asiakasta ohjataan miettimään omia vahvuuksiaan kuntoutujana ja löytämään kotikuntoutusjaksolle realistisia tavoitteita. Omaisen tai läheisen mukanaoloa ja roolia asiakkaan tukijana ja kannustajana tuetaan. Ensikäynnin jälkeen asiakas kirjataan potilastietojärjestelmään asiakkaaksi.

Kuntoutusjakson keskiössä ovat asiakkaan laatimat tavoitteet omalle kuntoutumiselleen. Kuntouttajan tehtävänä on tukea asiakasta näissä tavoitteissa ja löytää menetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa sitouttaa asiakasta ja motivoi pyrkimään tavoitteita kohti. Tavoitteiden pilkkominen osatavoitteisiin auttaa asiakasta hahmottamaan ja arvioimaan omaa kuntoutumistaan. Osatavoitteet jaetaan viikon periodeihin ja ne kirjataan viikkosuunnitelmaan, joka jää asiakkaalle. Viikkosuunnitelma asetetaan näkyville asiakkaan kotiin esimerkiksi jääkaapin oveen.

Kuntoutussuunnitelma kattaa tavoitteet kuntoutumiselle, keinot ja roolit sekä arvioinnin. Konkreettinen aikataulu ja eri ihmisten selkeät roolit edistävät asiakkaan kuntoutumista. Tavoitteiden saavuttamiseksi myös omaisten tai läheisten roolit on hyvä kirjata.

Kuntoutussuunnitelma kirjataan asiakkaan potilastietoihin ja se on kaikkien kuntoutukseen osallistuvien nähtävillä. Asiakkaalle tulostetaan oma kappale kuntoutussuunnitelmasta.

Kotikuntoutuspalavereja järjestetään kahdesti viikossa ja niissä kuntouttajien roolia asiakkaan kuntoutumisen tukijana pyritään selkeyttämään. Kuntoutuspalaverin tavoitteena on edistää asiakkaan kotikuntoutusta moniammatillisuutta hyödyntäen. Konkreettinen työnjaoista keskusteleminen motivoi myös kuntouttajia asiakkaan osallisuuden tukijana.

Kuntoutussuunnitelman laatimisen ja tavoitteiden määrittämisen jälkeen asiakas aloittaa harjoittelun kuntoutumisen edistämiseksi. Asiakkaan tilanteesta ja toimintakyvystä riippuen harjoitteet voivat tapahtua kotona tai osin kodin ulkopuolella esimerkiksi kuntosalilla tai ohjatuissa kuntoutusryhmissä. Pääpaino on kuitenkin asiakkaan arkista toimintakykyä tukevissa toimissa. Yhdessä asiakkaan kanssa laadittu kuntoutumisen suunnitelma pitää sisällään ohjattua ja omatoimista harjoittelua. Ohjattu harjoittelu voi tapahtua terapeutin tai hoitajan toimesta. Terapeutit ohjaavat tarvittaessa hoitajia harjoitteiden toteuttamiseksi. Omatoimiharjoitteista asiakas saa kirjallisen ohjeen ohjauksen lisäksi. Harjoitteita muutetaan tarvittaessa asiakkaan kuntoutumisen edistyessä. Asiakas arvioi omaa kuntoutumistaan koko kotikuntoutusjakson ajan ja lisäksi kuntoutumisen edistymistä arvioidaan kuntouttajien toimesta. Asiakkaan toimintakykyä ja elämänlaatua arvioidaan sekä mitataan myös alueellisesti laadittavilla mittareilla.

Jokaisen asiakkaan kuntoutusjakson sisältö ja kesto määräytyvät yksilöllisesti. Maksimissaan kotikuntoutusjakso kestää kahdeksan viikkoa. Kuntoutusjakson puolivälissä asiakkaan kanssa järjestetään väliarviointikeskustelu, jossa asiakas arvioi omaa kuntoutumistaan suhteessa tavoitteisiin. Kuntoutussuunnitelmaa muokataan ja tavoitteita tarkennetaan tai muutetaan tarvittaessa. Myös kuntouttajien kesken arvioidaan jakson onnistumista ja tarkennetaan suunnitelmaa sekä roolituksia. Kuntoutussuunnitelma päivitetään asiakkaan potilastietoihin ja uusi suunnitelma tulostetaan asiakkaalle. Kuntoutusjakson edetessä ja luottamuksellisen suhteen syntyessä kartoitetaan asiakkaan taustoja elämäntarkekeskustelulla. Elämäntarkekeskustelun tavoitteena on tutustua asiakkaaseen ja kartoittaa hänen taustatietojaan. Asiakkaan osallisuutta ja kuntoutumista tukee, mikäli tavoitteet tukevat asiakkaan mieltymyksiä ja elämässä tärkeitä asioita. Luottamuksellisen suhteen syntymiseksi on tärkeää, että asiakkaan luona käy pääsääntöisesti sama kuntouttaja.

Väliarvioinnin ja kuntoutussuunnitelman päivittämisen jälkeen asiakkaan harjoittelu kotona jatkuu. Jakson edetessä asiakasta pyritään osallistamaan toimintakyvyn kasvaessa myös kodin ulkopuolisiin toimintoihin ja kuntouttajan roolia asiakkaan harjoitteiden ohjaajana vahvistetaan asteittain. Tavoitteena on tukea asiakasta tekemään harjoitteita omatoimisesti ja yhdessä omaisten tai läheisten kanssa.

Kuntoutusjakson päättyessä asiakkaan kotona järjestetään loppuarviointi, johon asiakkaan lisäksi pyritään osallistamaan kaikki kuntoutumisessa mukana olleet henkilöt. Omaisten tai läheisten osallisuutta myös tuetaan. Loppuarvioinnissa asiakas tekee yhteenvedon omasta kuntoutumisestaan ja antaa palautteen kotikuntoutusjaksosta myös kuntouttajille. Alkumittaukset toistetaan, jotta asiakas voi myös niiden valossa arvioida kuntoutumistaan. Asiakkaan tilanteen ja tavoitteiden pohjalta laaditaan omaharjoittelusuunnitelma jatkoon. Asiakkaalle myös tarjotaan mahdollisuutta osallistua kuntoutusryhmään kymmenen kerran ajan jakson päätyttyä. Kuntoutusryhmää toteuttavat kotikuntoutuksen terapeutit. Asiakasta osallistetaan ottamaan itse yhteyttä eri tahoihin jatkokuntoutuksen järjestämiseksi. Kuntouttajan tehtävänä on kertoa eri vaihtoehdoista ja varmistaa asiakkaan mahdollisuus yhteydenottoon.

Loppuarviointi kirjataan asiakkaan potilastietoihin ja asiakkaan antamat palautteet käsitellään viikkopalavereissa. Kuntoutusjakson päättymisen jälkeen asiakas uloskirjataan kotikuntoutuksesta. Mikäli asiakkaan hoito ja kuntouttaminen jatkuu säännöllisellä kotihoidon asiakkuudella, järjestetään ennen jakson loppumista yhteiskäynti kotihoidon omahoitajan kanssa asiakkaan luokse. Tavoitteena yhteiskäynnillä on tutustuttaa asiakas kotihoidon toimijoihin ja antaa kotihoidolle ohjeistusta asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi. Näin pyritään varmistamaan kuntoutuksen jatkuminen ja kuntouttavan työtavan käyttö myös kotihoidossa.

Kuntoutusjakson päätyttyä asiakas jatkaa kuntoutumistaan omatoimisesti ja ottaa ensimmäisen kerran yhteyttä puhelimitse kotikuntoutukseen noin viikon kuluttua jakson päättymisen jälkeen. Asiakkaan kanssa keskustellaan kuntoutumisen jatkumisesta ja tarvittaessa ohjataan eteenpäin. Mikäli tarvetta on, voidaan asiakkaan luokse järjestää myös seurantakäynti. Jakson jälkeen tapahtuvilla puhelinyhteydenotoilla on tarkoitus osallistaa asiakasta ja motivoida häntä jatkamaan omaa kuntoutumistaan. Seurantakäynnit asiakkaan kotiin tehdään kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kuluttua kotikuntoutusjakson päättymisen jälkeen.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Kehittämishankkeen tulosten pohdinta

Tässä kehittämishankkeessa laadittiin yhteiskehittämisen keinoin toimintamalli ikääntyneen asiakkaan osallistamiseksi omaan kotona tapahtuvaan kuntoutukseensa. Toimintamallin keskiössä ovat asiakkaat ja heidän tarpeensa ja tavoitteensa kuntoutumiselle. Asiakkaan osallisuutta tukevat asiakkaan lähtökohdista lähtevä kuntoutumista tukevan työotteiden käyttö sekä moniammatillisuuden hyödyntäminen asiakkaan kotikuntoutuksessa. Toimintamallissa keskeistä on asiakkaalle tarjottu mahdollisuus osallistua kotikuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Toimintamalli huomioi asiakkaan osallisuuden ja ensisijaisesti asiakas itse toteuttaa omaa kuntoutumisen suunnitelmaa. Kuntouttajien tehtävänä on ohjata, neuvoa ja tukea asiakasta kuntoutumisen eri vaiheissa.

Asiakkaan osallisuutta edistävän toimintamallin toteutusta ohjaa tavoitteellisuus. Lähtökohdana asiakkaan kuntoutumiselle ovat realistiset, asiakkaan itsensä laatimat tavoitteet. Tavoitteiden laadinnassa asiakkaan rooli nähtiin tärkeänä ja koettiin, että vain asiakkaalle merkityksellisten tavoitteiden kautta kuntoutuminen mahdollistuu. Tavoitteiden merkityksellisyyden tärkeys on noussut esille myös Mäkisen (2015, 50) tutkimuksessa. Keskustelua herätti asiakkaan kyky laatia realistiset tavoitteet. Todettiin, että usein asiakasta ohjailtiin liikaa tavoitteiden asettamisessa ja lopulta tavoitteet kuvasivat enemmän kuntouttajien kuin asiakkaan todellista näkemystä. Tavoitteiden sitominen asiakkaan arkeen nähtiin tärkeänä ja tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, jotta myös niiden arviointi mahdollistuu. Tavoitteet tulee pilkkoa osatavoitteisiin, jonka kautta asiakkaan on helpompi seurata omaa kuntoutumistaan. Osatavoitteet kirjataan viikkosuunnitelmaan ja niiden avulla suunnitellaan tavoitetta tukeva viikko-ohjelma. Pienien ja arkisten tavoitteiden kautta asiakkaan motivaatio säilyy ja kuntoutumisen etenemisen seuranta mahdollistuu (Jokiranta 2017, 34). Tavoitteiden asiakaslähtöisyys on kuntoutuksen keskiössä (Mäkinen 2015, 49-50; Reunanen 2017, 69). Asiakkaan osallisuutta edistävän toimintamallin ja kuntoutumisen suunnitelman pohjana ovat asiakkaan itse laatimat tavoitteet, joita kuntouttajien tulee kunnioittaa. Tavoitteiden kautta kotikuntoutuksen edistymistä arvioidaan koko kuntoutusjakson ajan. Tavoitteet myös ohjaavat valitsemaan ja löytämään jokaiselle asiakkaalle yksilöllisiä kuntoutumisen menetelmiä sekä keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi.

Asiakkaan osallisuuden edistämiseksi kotikuntoutuksessa nähtiin tärkeänä työkaluna kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman tärkeys on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (Laitila 2010, 90; Kailio 2014, 47; Mannerkorpi 2017, 30; Palomäki 2012, 117). Sen avulla koettiin, että asiakas tulisi tietoisemmaksi omasta roolistaan kuntoutuksen

keskiössä. Kuntoutussuunnitelma tulee laatia yhdessä asiakkaan kanssa ja siihen tulee kirjata asiakkaan asettamat tavoitteet, keinot ja menetelmät kuntoutuksessa sekä eri toimijoiden roolit. Kuntoutussuunnitelma tulee tulostaa asiakkaalle, jotta se ei jää vain kuntouttajien tietoon. Kuntoutussuunnitelmassa korostetaan asiakkaan omatoimista harjoittelua kuntoutumiseksi. Vastuuttamisen kautta syntyvä asiakkaan osallisuuden lisääntyminen tulee esiin myös Laitilan (2010, 112) tutkimuksessa. Toimintamallissa kuntoutussuunnitelma toimii ohjenuorana, jota kaikkien kuntoutukseen osallistuvien tulee noudattaa. Kuntoutussuunnitelman päivittäminen ja arvioiminen on tärkeää koko kuntoutusprosessin ajan.

Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden lisääminen kotikuntoutuksessa koettiin tukevan eniten asiakkaan osallisuutta. Samansuuntaisia tuloksia on tutkimuksissaan saanut myös Kailio (2014, 52) sekä Laitila (2010, 124). Asiakkaan kotona toimittaessa tulee kunnioittaa hänen tarpeitaan ja toiveitaan. Kodin tärkeyttä ikääntyneen toimintaympäristönä tuo esiin myös Peltomäki (2014, 59) tutkimuksessaan. Taustatietojen selvittäminen ja elämäntietojen kartoittamisen avulla voidaan saada esiin asiakkaalle tärkeitä asioita, joiden avulla motivoituminen ja sitoutuminen kuntoutukseen mahdollistuu. Asiakkaan tuntemisen kautta voidaan voimavaralähtöistä kuntoutumista edistää (Reunanen 2017, 70-73). Vuorovaikutuksellista ja luottamuksellista keskustelua pyritään lisäämään kuntoutusjakson edetessä. Niemisen (2017, 63-64) tutkimuksen tulokset tukevat ajatusta luottamuksellisen ja myönteisen keskustelun vaikutuksista kuntoutumiseen. Asiakkaan osallisuuden tukemisessa on tärkeää ymmärtää asiakkaan yksilöllisiä elämäntilanteita, joiden pohjalta voidaan löytää asiakkaan kuntoutumisen tueksi toimintakykyä tukevia keinoja. Toimintamallissa elämäntietojen ja taustojen selvittäminen tapahtuu kuntoutusjakson aikana hiljalleen. Luottamuksen kasvamisen myötä asiakkaan on helpompi kertoa kuntouttajille tarpeitaan ja toiveitaan. Omahoitajuus ja nimetty vastuuhenkilö kuntoutuksessa auttaa asiakasta luomaan luottamuksellisen suhteen kuntoutajiin.

Moniammatillisen tiimin tuki asiakkaan kuntoutumisessa koettiin edistävän asiakkaan kotona kuntoutumista. Moniammatillisuuden lisäämiseksi sovittiin viikkopalaverien järjestämisestä jatkossa kaksi kertaa viikossa. Hankalana koettiin resurssien puute ja erilaiset toimintatavat terapeuttien ja hoitajien välillä. Moniammatillisuuden vahvistamisen ja ammatillisten rajojen hälventäminen tulee esiin myös Mäkisen (2015, 42) tutkimuksessa. Myös kotikuntoutuksen työntekijät kokivat, että asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi tulisi rooleja selkeyttää ja työnkuvia ketteröittää. Viikkopalaverien käyttöönotto tavoittelee kommunikation lisäämistä ja informaatiokulun selkeyttämistä. Asiakkaan kuntoutumisen jatkuva arviointi moniammatillisesti sekä yhteisesti sovitut pelisäännöt ja toimintaohjeet auttavat

kuntouttajia suunnittelemaan ja toteuttamaan aidosti asiakkaan tarpeita lähteviä kotikuntoutuksen sisältöjä.

Omaisten ja läheisten osallistamisen hyödyistä nähtiin tarpeelliseksi lisätä yhteistyötä heidän kanssaan. Omaisten osallistaminen ensikäyntiin ja kuntoutusjakson arviointiin sekä selkeiden roolien ja toimien selkeyttämiseen koettiin tarvittavan lisää panostusta. Sosiaalisten suhteiden tärkeys on tullut esiin myös Tuuhan (2016, 42), Reunasen (2017, 73) ja Mannerkorven (2017, 23) tutkimuksissa. Asiakkaan osallisuutta edistävissä toimintamallissa omaisten ja läheisten tärkeyttä korostetaan kaikissa osa-alueissa. Asiakas kuitenkin viime kädessä päättää keiden omaisten tai läheisten haluaa osallistuvan. Omaisten tukeminen ja ohjaus luo turvallisuuden tunnetta asiakkaalle. Kuntoutuksen jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että myös omaiset sekä läheiset sitoutuvat noudattamaan kuntoutumisen suunnitelmaa.

Asiakkaan tietoisuutta yhteistyötahoista ja kodin ulkopuolisista toiminnoista tulee lisätä kuntoutusjakson loppupuolella. Kotikuntoutus mahdollistaa asiakkaan osallistumisen kodin ulkopuolisiin toimintoihin (Jokiranta 2017, 24). Näin asiakas saa tarvittavaa tietoa siitä minkälaisia kuntoutumisen tukivaihtoehtoja on olemassa. Kehittämishankkeeseen osallistuneet kuntouttajat toivat esiin, että kuntouttajan rooli on näistä lähinnä kertoa ja tiedottaa, asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi olisi hyvä, jos asiakas ottaisi itse niihin yhteyttä. Tarjoamalla asiakkaalle erilaisia kuntoutumisen vaihtoehtoja, voidaan lisätä asiakkaan tietoisuutta kuntoutumisen erilaisista tukimuodoista ja auttaa asiakasta löytämään uusia harrastuksia ja toimintoja arjen sekä kuntoutumisen tueksi (Reunanen 2017, 79). Kuntoutusjakson päättymisen jälkeen sovittiin jatkossa järjestettäväksi tiiviimpi seuranta. Asiakasta osallistetaan ottamaan yhteyttä aluksi viikoittain kotikuntoutukseen, jotta voitaisiin estää toimintakyvyn lähteminen laskuun. Toimintamallissa asiakkaan kotikuntoutuksen loppuarvioinnissa tehdään kuntoutumisen jatkosuunnitelma, jonka tavoitteena on tukea asiakkaan omatoimista harjoittelua myös kotikuntoutusjakson päättymisen jälkeen. Mikäli asiakkaan palvelut jatkuvat säännöllisen kotihoidon piirissä järjestetään yhteiskäynti ennen kotikuntoutusjakson päättymistä asiakkaan luona. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus tutustua häntä hoitaviin hoitajiin ja hoitajat saavat kuntouttajilta ohjausta asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi.

## 9.2 Kehittämishankkeen tulosten ja menetelmien pohdinta

Kehittämishankkeen lähestymistapana oli palvelumuotoilu ja menetelminä käytettiin aivo-riihi-ideointia ja Service blueprint-menetelmää. Lisäksi määriteltiin asiakkaan kulkema palvelupolku kotikuntoutuksessa. Näiden menetelmien käyttöön päädyin niiden työelämälähtöisyyden vuoksi. Palvelumuotoilun menetelmät mahdollistivat kotikuntoutukseen



osallistuvien työntekijöiden osallistumisen kehittämishankkeen työstämiseen joustavasti ja siksi lähestymistapana palvelumuotoilu soveltui kehittämishankkeeseen hyvin. Palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä, jonka keskiössä ovat asiakas ja hänen saamansa arvo palvelusta, jota asiakaspalvelijat osaltaan tuottavat (Tuulaniemi 2011, 116). Kehittämishankkeeseen osallistuivat kaikki kotikuntoutuksen työntekijät ja sen avulla voitiin muodostaa kokonaisvaltainen kuva asiakkaan kotikuntoutuspalvelusta. Puutteena kehittämishankkeessa oli asiakasnäkökulman puuttuminen, mutta kehittämishankkeen aikana ei kotikuntoutukseen tullut yhtään uutta kotikuntoutusasiakasta. Palvelumuotoilun keskiössä olevaa asiakasymmärrystä voitiin näin ollen kasvattaa vain työntekijöiden näkökulmasta. Toimintamallia on tarkoitus pilotoida ja edelleen kehittää kohdeorganisaatiossa ottamalla se käyttöön kotikuntoutusasiakkaiden kuntoutuksessa ja tämän myötä saada asiakkaiden näkemyksiä toimintamallin toimivuudesta esiin. Aikataulusyistä tämä vaihe jää kuitenkin kehittämishankkeen ulkopuolelle.

Aivoriihimenetelmää käytettiin asiakkaan osallisuuden keinojen ideoinnissa. Menetelmä osallisti kaikki kotikuntoutuksessa toimijat ja keskustelun myötä tietoisuus ja ymmärrys asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi kasvoi. Menetelmän käyttö koettiin helppona ja varattu aika riitti toteutukseen hyvin. Ideointia syntyi runsaasti. Aivoriihimenetelmä oli mahdollista toteuttaa sujuvasti työn ohessa ja sen myötä mahdollistui kaikkien kotikuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden osallistuminen ideointiin.

Palvelupolku kuvaa asiakkaan kulkemaa reittiä palvelussa ja sen avulla on mahdollista muodostaa kuva asiakkaan palvelukokonaisuudesta (Tuulaniemi 2011, 78). Kehittämishankkeessa ei suunnitelmavaiheessa ollut tarkoitus käyttää palvelupolun laatimista menetelmänä, mutta kehittämishankkeeseen osallistujien toiveesta se otettiin käyttöön. Osallistujat kokivat, että ymmärtääkseen paremmin asiakkaan kotikuntoutuspalvelua tuli prosessi avata. Palvelupolun kuvauksen avulla yhteisymmärrys lisääntyi ja se auttoi osallistujia hahmottamaan vielä epäselvää kotikuntoutusketjua paremmin. Palvelupolun kuvaus tehtiin pääosin organisaation näkökulmasta, jotta prosessi selkeytyi yhteneväisenä kuvana toimijoille. Palvelumuotoilun perustana olisi kuitenkin kuvata asiakkaan palvelupolku asiakkaan näkökulmasta. Tässä kehittämishankkeessa kuitenkin palvelupolun kuvaus toimi lähinnä taustatietona toimintamallin laadinnassa, joten sen vuoksi asiakasymmärrystä palvelupolun laatimiseen ei käytetty. Tarkoituksena oli luoda nopea ja karkea kuvaus prosessista kotikuntoutuksessa palvelupolun avulla ja siinä onnistuttiin hyvin kasvattamaan yhteistä ymmärrystä.

Service blueprint laajentaa asiakkaan palvelupolkua palvelumalliksi. Sen avulla saadaan näkyville niin näkyvät kuin näkymättömätkin toimet sekä eri henkilöiden roolit palvelussa. (Tuulaniemi 2011, 210; Ojasalo ym. 2014, 178). Service blueprint-menetelmää hyödynnettiin asiakkaan osallisuuden edistämiseksi laadittavan toimintamallin työstämisessä. Sen avulla saatiin kokonaisvaltainen kuva koko palveluprosessissa. Menetelmän käyttö oli haastavaa koska kukaan osallistujista ei ollut käyttänyt sitä aiemmin. Työstäminen vei aikaa ja tapaamiskerroilla osa ajasta käytettiin menetelmän syvällisempään ymmärtämiseen. Palvelumallia työstettiin neljänä eri tapaamiskertana ja se muodosti lopulta kattavan kuvan asiakkaan toiminnoista sekä niihin liittyvistä asioista.

Kehittämishankkeen aiheen valinta ja toimeksiantosopimus tehtiin Mäntsälän kunnalle. Organisaatiomuutoksen vuoksi kehittämishanke jatkui Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymässä. Organisaatiomuutoksen vuoksi myös kotikuntoutusta tuottava kotiutustiimi siirtyi hallinnollisesti eri yksikköön ja esimies vaihtui. Tämä aiheutti työntekijöissä epävarmuutta ja uusien toimintamallien käyttöönottamista, joka on voinut vaikuttaa myös kehittämishankkeeseen osallistumiseen. Organisaatiomuutoksen myötä työntekijöille aiheutui paljon epäselvyyttä toiminnan jatkuvuudesta ja se saattoi vaikuttaa työntekijöiden jaksamiseen ja motivaatioon osallistua kehittämishankkeeseen.

Kehittämishankkeen alkaessa oletuksena oli, että alueellinen kotikuntoutusmalli olisi jo käytettävissä, mutta koko kehittämishankkeen ajan käytössä oli pilotointivaiheen toimintamalli, joka oli osin puutteellinen eikä siitä ollut selkeitä ohjeistuksia. Kuntouttajien roolit ja käytännöt olivat epäselviä eikä yhteisiä sääntöjä tai ohjeistuksia ollut. Kotikuntoutusta toteutettiin ilman selkeitä prosessikuvauksia, jolloin jokainen kotikuntoutusjakso oli erilainen ja eritavoin järjestetty.

Kehittämishankkeeseen työntekijät kuitenkin muutoksesta huolimatta osallistuivat aktiivisesti ja kokivat sen hyödyttävän yhteisten toimintamallien löytymisessä kotikuntoutuksessa laajemminkin. Asiakkaan osallistaminen koettiin tärkeänä ja ajankohtaisena aiheena. Kehittämishankkeeseen osallistujien mukaan toimintamallin laadinta selkeytti näkemyksiä asiakkaan osallisuuteen liittyvissä asioissa ja usean osallistujan mielestä keskustelun kautta syntynyt näkemys asiakkaan osallisuudesta muutti myös tapaa toimia asiakkaan kanssa. Kehittämishankkeen myötä viikoittaiset kotikuntoutuspalaverit saatiin käyttöön ja niiden myötä on mahdollisuus kehittää moniammatillista yhteistyötä ja edistää asiakkaan kotikuntoutusta.

### 9.3 Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja arviointi

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli laatia ikääntyneen asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli Mäntsälän alueen kotikuntoutukseen. Tarkoituksena oli saada kotikuntoutuksen asiakkaat motivoitumaan ja sitoutumaan omaan kuntoutumiseensa. Kehittämishankkeen tuloksena syntyneen toimintamallin avulla voidaan asiakkaan osallisuutta tukevia osatekijöitä ja työtapoja kehittää asiakasta tukevaan suuntaan.

Asiakkaan osallisuutta edistävän ja tukevan toimintamallin laadinta rajattiin kohdeorganisaatiossa koskemaan kotikuntoutuksen asiakkaita. Kohderyhmänä kotikuntoutuksessa olivat ikääntyneet asiakkaat, jotka tarvitsivat tehostettua kotiin vietävää kuntoutusta selvitäkseen ja pystyäkseen asumaan turvallisesti sekä mahdollisimman omatoimisesti omassa kodissaan.

Asiakkaan osallisuuden edistäminen on ajankohtainen aihe samoin kuin kotiin vietävien palveluiden kehittäminen ja kotikuntoutus. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisessä painopiste on ennaltaehkäisevien palveluiden uudistamisessa ja kehittämisessä sekä palveluiden tarjoamisessa mahdollisimman lähellä asiakasta.

Asiakkaan osallisuutta tukevien toimintamallien ja työtapojen käyttöönotolla voidaan saada aikaan kustannussäästöjä ja lisätä asiakkaan tyytyväisyyttä laajemminkin. Ottamalla toimintamallin mukaisia asiakkaan osallisuutta tukevia työtapoja käyttöön voidaan osallisuuden edistämistä laajentaa kohdeorganisaatiossa myös säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin. Edistämällä asiakkaan osallisuutta palveluissa saadaan kehitettyä palveluita, jotka vastaavat asiakkaan todellisia tarpeita ja toiveita.

Kehittämishankkeen aikana ymmärrys asiakkaan osallisuuteen ja kotona kuntoutumiseen syveni aiempien tutkimusten myötä. Kehittämishankkeessa hyödynnettiin monipuolisesti erilaisia tutkimuksia, julkaisuja ja raportteja kansallisesti ja kansainvälisesti. Asiakkaan osallisuuteen ja kotikuntoutukseen liittyvä tutkimustieto on vielä kohtalaisen vähäistä ja kotikuntoutuksen toimintamalli on käytössä lähinnä pohjoismaissa. Norjassa käytössä oleva arkikuntoutuksen toimintamalli on kehitetty jo pitkälle ja myös Suomessa voitaisiin hyödyntää Norjan arkikuntoutuksesta saatua tutkimusnäyttöä kotikuntoutusta kehitettäessä.

#### 9.4 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishankkeen eettisyys lähtee liikkeelle aiheen valinnasta. Aiheen valintaa ei saa ohjata sen helppous. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24-25.) Asiakkaan osallisuus ja kotikuntoutus ovat molemmat ajankohtaisia aiheita, mutta aiheen valintaa ohjasi ajankoh-taisuutta enemmän tarve kehittää kotikuntoutusta ja luoda asiakkaalle mahdollisuuksia osallistua omaan kuntoutumiseensa. Kehittämishankkeen aihe nousi työelämässä havai-tusta tarpeesta laatia asiakkaan osallisuutta edistävä toimintamalli kotikuntoutukseen. Toi-meksiantosopimus laadittiin Mäntsälän kunnan palveluohjauksen esimiehen kanssa. Oma kiinnostus aiheeseen ja työskentely asiakasohjauksessa kotikuntoutusasiakkaiden raja-pinnassa ohjasi kiinnostusta aiheeseen. Kanasen (2017, 54) mukaan aiheen valinta omien kiinnostuksen kohteiden kautta lisää ja ylläpitää motivaatiota koko kehittämishank-keen ajan.

Eettisyyttä on myös kehittämishankkeen aiheeseen perehtyminen ja yhteiskehittämiseen osallistuvien vapaaehtoisuus (Hirsjärvi ym. 2009, 24-25). Kehittämishankkeen aihepiiriin tutustuminen alkoi aiempiin tutkimuksiin, julkaisuihin ja raportteihin perehtymällä. Niiden kautta muodostui tarkempi kuva kehittämishankkeen aiheesta ja niihin liittyvistä asiasisäl-löistä. Teoreettista tietoa kotikuntoutuksesta ja asiakkaan osallisuudesta jaettiin kaikille kehittämishankkeeseen osallistuville yhteisissä tapaamisissa. Osallistuminen kehittämis-hankkeen toiminnalliseen osuuteen oli kaikille osallistujille vapaaehtoista ja heillä oli mah-dollisuus koko kehittämishankkeen ajan keskeyttää oma osallistuminen. Toimintamallin laadinnassa ideoitiin yhteisesti kehittämishankkeeseen osallistujien kanssa ja ideoinnissa syntyneitä asiakkaan osallistamisen keinoja hyödynnettiin toimintamallin laadinnassa. Toi-mintamallin laadintaa ohjasi myös yhteisesti laadittu Service blueprint-malli, jonka avulla voitiin muodostaa laaja ja monipuolinen kuvaus kotikuntoutusasiakkaan saamasta palve-lusta. Kehittämishankkeeseen osallistuvien moniammatillisuus lisäsi kehittämishankkeen luotettavuutta laajentamalla näkökulmaa kotikuntoutuksesta.

Luotettavuutta ja eettisyyttä kehittämishankkeessa on plagioinnin välttäminen ja kriittinen suhtautuminen kaikissa kehittämishankkeen vaiheissa. Kehittämishankkeen tekemistä tu-lee ohjata suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 22-26.) Kehittämis-hankkeen aikataulu sovittiin yhdessä kehittämishankkeeseen osallistuvien kanssa ja aika-taulua noudatettiin koko kehittämishankkeen ajan. Kehittämishankkeen tavoitteet ja tarkoi-tus pidettiin koko kehittämishankkeen pohjana ja aihetta sekä toteutusta rajattiin sen mu-kaisesti. Jokaisen yhteistapaamisen aluksi kerrattiin yhteisesti edellisessä tapaamisessa sovitut asiat ja tarvittaessa palattiin edellisen tapaamiskerran asioihin.

## 9.5 Jatkokehittämishaasteet

Kotikuntoutus ja asiakkaan osallisuuden tukeminen ovat ajankohtaisia aiheita, joista käydään eri aloilla sekä eri yhteyksissä tällä hetkellä paljon keskustelua. Käsitteiden moninaisuus ja sisältöjen määrittäminen kuitenkin vaihtelevat runsaasti.

Jatkossa tulisi miettiä vastaako kotikuntoutuksen määritelmä kotikuntoutuksen sisältöä vai olisiko tarpeen puhua arkikuntoutuksesta. Asiakkaan arkisten toimintojen tukeminen viittaisi enemmän arkikuntoutuksen sisältöihin. Arkikuntoutuksessa kuntoutus on sidottu asiakkaan arkisiin toimintoihin ja tukee asiakkaan itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista hänen omassa toimintaympäristössään. Kotikuntoutuksen sisältöjä tulisi tarkentaa ja prosesseja avata, jotta asiakkaan osallisuus kotikuntoutuksessa mahdollistuisi. Kotikuntoutus on kuntouttajille uusi toimintamuoto ja sen toimivuuden kehittämiseksi tulisi toimintamalleja selkeyttää ja kuntouttajien rooleja tarkentaa. Kuntouttajien roolien selkeyttäminen on edellytys kokonaisvaltaiselle asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevällä kuntoutukselle. Asiakkaan arjen monialainen tukeminen edellyttää moniammatillisuuden hyödyntämistä ja ketteriä työkuvia, jossa luontevasti voidaan toteuttaa kuntoutusta asiakkaan tarpeista lähtien. Yhteisten toimintamallien käyttöönotto ja käsitteiden ymmärtäminen samalla tavalla mahdollistuu koulutuksen ja yhteisten tapaamisten kautta. Alueellisesti järjestettävät yhteistapaamiset kotikuntouttajien kesken sekä paikalliset tiimipalaverit toimisivat kanavina yhteisen ymmärryksen luomiseksi kotikuntoutuksen sisällöistä. Tärkeää on myös avata eri käsitteet kotikuntoutuksen käsikirjassa, jota alueellisesti työstetään jo tällä hetkellä. Tärkeää on lisäksi kasvattaa kuntalaisten tietoisuutta kotikuntoutuksen mahdollisuudesta ja sisällöistä, jotta uusi toimintamuoto voidaan vakiinnuttaa. Tiedottamalla eri sosiaalisissa medioissa ja markkinoimalla palvelua paikallislehdissä saadaan asiakkaiden määrää lisättyä samalla kun tietoisuus lisääntyy. Markkinointia tulee myös tehdä eri yhteistyökumppaneille kertomalla kotikuntoutuksesta osastotunneilla ja eri tapahtumissa. Yhteisesti koottu kirjallinen esite yhteystietoineen voitaisiin jakaa kaikille sairaalasta tai muista hoitolaitoksista kotiutuville.

Kotikuntoutuksen perustana ovat riittävät resurssit ja selkeät toimintamallit. Kotikuntoutuksen eriyttäminen omaksi toiminnakseen toisi hyötyä niin asiakkaalle kuin kuntouttajillekin. Tällöin asiakkaan kuntoutuksen jatkuvuus voitaisiin turvata ja myös koulutusta suunnata yhteistyön kehittämiseksi. Tällä hetkellä kotikuntoutus on osa kotiutustiimin toimintaa ja hallinnollisesti osa kotihoitoa. Kotihoidon resurssien puutteellisuus kuitenkin usein vaikuttaa myös kotiutustiimin ja sitä kautta kotikuntoutuksen toimintaan. Kotikuntoutuksen siirtyminen omaksi yksiköksi mahdollistaisi kotikuntouttajien yhteisen toiminnan kehittämisen ja resurssien suuntaamisen asiakkaan kotona kuntoutumisen tueksi. Kotikuntoutuksen

jatkuvuudesta tulee huolehtia kouluttamalla ja ohjaamalla kotihoidon työntekijöitä asiakaslähtöisen työtavan käyttöön. Kuntoutusta ei voida rajata vain määräaikaisen jakson ajaksi, vaan ikääntyneiden kanssa työskennellessä kuntouttavan ja osallisuutta tukevan työtavan tulee olla kaiken toiminnan lähtökohtana jokapäiväisessä työssä. Kuntouttajien yhteistyö vaatii toimivaa vuorovaikutusta ja yhteistä koulutusta, jotta kotikuntoutuksen sisällöt sekä käsitteet ymmärretään samalla tapaa.

Kotikuntoutuksessa digitalisaation ja teknologian tarjoamat mahdollisuudet tulisi ottaa käyttöön. Virtuaalisesti tarjottu tuki ja ohjaus asiakkaan kuntoutumiseen sitouttaisi ja osallistaisi asiakasta yhä enemmän. Virtuaalisten kotihoidon palveluiden liittäminen osaksi kuntoutusta toisi hyötyjä niin asiakkaalle kuin palvelun tarjoajillekin. Virtuaaliset palvelut tukevat ja täydentävät kotikuntoutuksen sisältöjä ja mahdollistavat asiakkaan tavoittamisen missä ja milloin tahansa. Tulevaisuudessa teknologiaa ja digitalisaatiota voidaan hyödyntää myös kuntoutumisen tukena erilaisten apuvälineiden kautta. Kotihoidon asiakkaille suunnattujen tablettitietokoneiden kautta voidaan myös kotikuntoutuksen asiakkaille tarjota mahdollisuus osallistua virtuaalisesti yksilö- tai ryhmämuotoisiin kuntouttaviin tapaisiin.

Omaisten ja läheisten tuki asiakkaan kuntoutumisen tukena on tärkeää ja jatkossa omaisten roolia asiakkaan kuntoutumisessa tulee lisätä. Omaiset tulee nähdä asiakkaan kuntoutumisessa tärkeässä roolissa ja myös heidän osallistamiseensa tulee kiinnittää enemmän huomiota. Selkeät ohjeet ja suunnitelmat auttavat omaisia ymmärtämään roolinsa tärkeyden. Omaisten ja läheisten osallisuutta tulee tukea kaikissa palvelun vaiheissa ja heille tulee tarjota ohjausta sekä neuvontaa asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi. Omaisten osallistaminen ja tiedottaminen kuntoutumisen suunnitelman sisällöistä mahdollistaa omaisten osallistumisen asiakkaan kuntoutumiseen paremmin. Omaisten läsnäoloa erityisesti ensikäynnillä ja kuntoutuksen arviointitapaamisissa tulee korostaa.

Kotikuntoutuksen sisältöjen ja toiminnan kehittäminen asiakkaan osallisuutta edistävään suuntaan onnistuu vain ottamalla asiakas aidosti mukaan toiminnan kehittämiseen. Asiakkailta kerättyjen asiakaspalautteiden kautta asiakkaan ääni saadaan paremmin kuuluviin ja sen vuoksi kotikuntoutuksessa olisi hyvä ottaa käyttöön systemaattinen tapa kerätä asiakkailta palautteita. Asiakaspalautteita voitaisiin kerätä kirjallisen kyselylomakkeen lisäksi happy or not happy-tyylisten digitaalisten palautejärjestelmien avulla, jolloin mahdollistuisi asiakkaan palaute myös yksittäisen kotikuntoutuskäynnin osalta. Tällä hetkellä käytössä oleva kotihoidon mobiilijärjestelmä voisi tämän mahdollistaa kehittämällä järjestelmää yhdessä alueen IT-tuen kanssa.

## LÄHTEET

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämiseen. 2.painos. Nummela: Painokiila Oy.

Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T. & Nikander R. 2017. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden savuttamisen arviointiin. Loppuraportti, Kelan työpapereita 113/2017. Helsinki: Kela. [Viitattu 2.9.2019]. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175226/Tyopapereita113.pdf?sequence=1>

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: Werner Söderström.

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Westendorp, R. G. 2016. New horizons: Reablement-supporting older people towards independence. Age and ageing. Vol. 45 (5), 574-578.

Clark, M., Davis, M., Fisher, A., Glynn, T., & Jefferies, J. 2008. Transforming services: changing lives. A guide for action. Working for user involvement in mental health services. Birmingham: The centre of excellence in interdisciplinary mental health the university of Birmingham and research.

Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert, E., & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja, 91. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. [Viitattu 1.10.2019].

Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>

Heinonen, S. 2016. Palvelumuotoilu kehittämisen välineenä terveydenhuollossa, passiivisesta potilaasta aktiiviseksi kuluttajaksi. Pro-gradu tutkielma. Vaasan yliopisto, sosiaali- ja hallintotieteet. Vaasa.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Härkäpää, K., Valkonen, J. & Järvikoski, A. 2016: Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö I., Salminen A-L., Rajavaara M. & Ylinen A. (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 74-90.

Häyhtiö, T. 2017. Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? KAKS- Kunnallisen alan kehittämissäätöjen julkaisu 4. Turku. [Viitattu 8.9.2019] Saatavissa: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla-004-1.pdf>

- Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Toikoi, S. 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpäpaperi 33/2017.THL. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy -Juvenes Print. [Viitattu 1.10.2019]. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Jokiranta, L. 2017. Ikääntyneiden moniammatillisen kotikuntoutuksen merkityksiä työntekijöille. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteiden tiedekunta. Jyväskylä.
- Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä: hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehyykseksi. Gerontologia. Vol. 22 (4), 190-203.
- Kailio, A-L. 2014. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Pro gradu- tutkielma. Itä- Suomen yliopisto, yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kasurinen, A. 2014. Siinä toimijuus missä mieli. Toimijuus iäkkään henkilön itsensä sa-noittamana. Pro gradu- tutkielma. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaali-työ. Rovaniemi.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäih- misten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Tampere: Juvenes Print. [Viitattu 2.10.2019]. Saatavissa: [https://helda.hel- sinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence)
- Kettunen R., Kähäri-Wiik K., Vuori-Kemilä A. & Ihalainen J. 2009. Kuntoutumisen mahdol- lisuudet. Helsinki: WSOY.
- Keusote. 2019. Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveyspalveluiden verkkosivut. [Viitattu 4.9.2019] Saatavissa: <https://www.keski-uudenmaansote.fi/kuntayhtyma/organisaatio/>
- Kjerstad, E., & Tuntland, H. K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. Health economics re- view. Vol. 6 (1):15. 1-10.
- Kohonen, K. & Tiala, T. 2002. Johdanto. Teoksessa Kohonen, K. & Tiala, T. (toim.). Kun- talaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamis- mahdollisuuksien edistämiseksi. Sisäasiainministeriö ja Suomen kuntaliitto. Helsinki: Art Print Oy. 5-8.



- Komulainen, M. 2018. Palvelumuotoilu asiakasymmärryksen konkretisoinnissa. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, tuotantotalous. Lappeenranta.
- Kotikuntoutus. 2018. Alueellinen pilotointisuunnitelma. Keski-Uudenmaan projektityöryhmä. 21.3.2018. versio: 0.1.
- Kurronen, J. 2013. Muotoilu & kunta. Muotoilun lähtökohdat ja mahdollisuudet osana julkisen sektorin uudistamista. Taiteen maisterin opinnäytetyö. Aalto-yliopisto, muotoilun laitos. Espoo.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteenlaitos. Kuopio.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/ 28.12.2012. Finlex. [Viitattu 9.9.2019]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laurell, L., Nordman P. & Suvikas A. 2013. Kuntouttava lähihoito. 7. uudistettu painos. Porvoo: Edita.
- Leemann, L. & Hämäläinen. 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 30.9.2019]. Saatavissa: [https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214)
- Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka. Vol. 81 (5), 586-594.
- Löytänä, J. & Korteso, K. 2011. Asiakaskokemus, palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Mannerkorpi, T. 2017. Ikääntyvän kotihoidon asiakkaan osallisuus kuntoutumiseen kotiympäristössä. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Oulu.
- Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere.
- Niemelä, K. 2011. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteet. Kuopio.

Nieminen, S. 2017. Onnistuneita ja haastavia asiakaskohtaamisia- Sosiaali- ja terveyspalveluidenhenkilöstö asiakkaan toimijuutta tukemassa. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteen laitos. Jyväskylä.

Nurmela, T. 2012. Sosiaalisen osallisuuden ilmeneminen ikääntyneiden arjessa. Pro gradu- tutkielma. Lapin yliopisto, sosiaalityö. Rovaniemi.

Näsström, L. M., Idvall, E. A. C., & Strömberg, A. E. 2015. Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. Health expectations. Vol. 18 (5), 1384-1396.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Osallisuudesta toimintakulttuuri. 2019. Keusoten osallisuusohjelman taustaselvitys ja projektisuunnitelma. Keukonserni-Ulkoinen integraatio. Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä.

Palomäki, S. 2012. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere.

Paltamaa, J., Pikkarainen, A. & Janhunen, E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito- hankeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:52. Helsinki. [Viitattu 20.9.2019]. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161256/R\\_52\\_2018\\_Kuntoutusko-kei\\_korj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161256/R_52_2018_Kuntoutusko-kei_korj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Partanen, S. & Sinkkonen, J. 2018. Alueellinen kotikuntoutusmalli Uusimaa. Loppuraportti.

Peltomäki, P. 2014. Kotona asuvan ikäihmisen perheen hyvä vointi, fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Tampere.

Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa II. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Juvenes Print.

Pikkarainen, A. 2017. Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Ikä Nyt. Karelia ammattikorkeakoulu, ikäosaamisen verkkojulkaisu. [Viitattu 6.9.2019]. Saatavissa: <http://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/>

Punna, M., Malinen, K., Sevon, E. & Sihvonen, S. 2017. Kannattaako asiakkaan toimijuuden ja itseohjautuvuuden vahvistaminen? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* Vol. 54, 155-158.

Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R. L., Rantanen, T., & Lyyra, T. M. 2012. Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Vol. 67 (6), 765-774. [Viitattu 19.5.2019]. Saatavissa:

<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/67/6/765/612992>

Pyykkönen, A. 2014. Oivalluksesta osallisuuteen- Sallin matkassa. Teoksessa Jämsen, A. & Pyykkönen, A. (toim.) 2014. Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois- Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry. 22-31. [Viitattu 20.9.2019]. Saatavissa: <https://www.pksotu.fi/pksotu/wp-content/uploads/2018/02/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013: Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Teoksessa Era, T. (toim.) 2013. Osallisuus oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä: Juvenes Print. 22-34. [Viitattu 22.9.2019]. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013\\_web.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013_web.pdf?sequence=1)

Reunanen, M. 2017. Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

Rickard, N. A., & Clarke, C. L. 2015. The involvement of older people in their rehabilitation: Generating a substantive grounded theory. *International journal of therapy and rehabilitation*. Vol. 22 (8), 361-369.

Rihlo, M. 2016. Yksilöllisesti suunnitellun kotikuntoutuksen vaikutus lonkkamurtuman kokeneiden ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatuun. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*. Vol. 125 (21), 2351-2359.

Rouvinen-Wilenius, P., Aalto-kallio, M., Koskinen-Ollonqvist, P. & Nikula, T. 2011: Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa Päivi Rouvinen-Wilenius & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (toim.) 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 9/2011. 49-71. [Viitattu 1.10.2019]. Saatavissa: [https://issuu.com/soste/docs/tasa-arvo\\_ja\\_osallisuus\\_2012](https://issuu.com/soste/docs/tasa-arvo_ja_osallisuus_2012)

Savolainen, A-M. 2017. Hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa ja näkemyksiä kartoittavan mittarin luotettavuuden arviointi. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteet. Tampere.

Steihaug, S., Lippestad, J. W., & Werner, A. 2016. Between ideals and reality in home-based rehabilitation. Scandinavian journal of primary health care. Vol. 34 (1), 46-54.

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Helsinki. [Viitattu 21.9.2019]. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf)

STM 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisu 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. [Viitattu 2.9.2019]. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM 2017b. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki. [Viitattu 30.9.2019]. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf)

Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Teoksessa Jämnen, A. & Pyykkönen, A. (toim.) 2014. Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois- Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry. 34-49. [Viitattu 21.9.2019]. Saatavissa: <https://www.pksotu.fi/pksotu/wp-content/uploads/2018/02/osallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>

THL 2019a. Osallisuus. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivut. [Viitattu: 21.5.2019] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

THL 2019b. Osallisuuden edistäminen. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivut. [Viitattu 21.5.2019] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen>

Tuuha, H. 2016. Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttava motivaatio itsemääräämisteorian näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveyden johtamisen laitos. Kuopio.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum.

Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirja. 2018. Laatijat: Partanen., S., Sinkkonen., J. & kotikuntoutuksen kehittäjäverkosto.

Valtioneuvosto. 2018. Kotona annettava palvelu, palvelukuvaus. [Viitattu 6.9.2019].

Saatavissa: [https://www.uusiph.fi/wp-content/uploads/2018/05/AS-Liite-1-Kotikuntoutus\\_Palvelukuvaus-15.5.2018.pdf](https://www.uusiph.fi/wp-content/uploads/2018/05/AS-Liite-1-Kotikuntoutus_Palvelukuvaus-15.5.2018.pdf)

## LIITTEET

## LIITE 1

Post-it lapulle kirjattu idea	Teema
<p>Selkeä tavoite</p> <p>Järkevä tavoite</p> <p>Pienet ja konkreettiset tavoitteet, jotka ovat mahdollista saavuttaa</p> <p>Asiakkaan omat tavoitteet</p> <p>Tavoitteiden tarkistaminen</p> <p>Väliarvioinnit ja välitavoitteet</p>	<p>Kuntoutussuunnitelma</p>
<p>Mitä asiakas odottaa tulevaisuudelta?</p> <p>Aikaa tutustua asiakkaaseen</p> <p>Asiakkaan tunteminen, taustat</p> <p>Eletyn elämän vaikutus</p> <p>Mitä asiakas odottaa tulevaisuudelta?</p>	<p>Elämänkaari- ja taustatiedot</p>
<p>Läheisten kuuleminen</p> <p>Omaisten tuen tarve</p> <p>Omaisten tukeminen ja huomiointi</p>	<p>Omaisten ja läheisten rooli asiakkaan kuntoutumisen tukena</p>
<p>Aito kohtaaminen ja kunnioittaminen</p> <p>Positiivinen ja kannustava ilmapiiri, huumori!</p> <p>Kuntouttajan asenne</p> <p>Usko omiin kykyihin</p>	<p>Asiakaslähtöinen ja itsemääräämisoikeutta tukeva kotikuntoutus</p>

<p>Kannustaminen, kehuminen, yhdessä tekeminen</p> <p>Positiivinen asenne</p> <p>Usko omiin kykyihin</p> <p>Huomioidaan mieliala</p> <p>Arvostus</p> <p>Asiakkaan mielipiteen huomioiminen</p> <p>Itsemääräämisoikeus</p> <p>Mahdollisuus päättää omista asioista</p> <p>Annetaan asiakkaan tehdä itse</p> <p>Omatoiminen toimija</p> <p>Omatoimisuuden ohjaaminen ja tukeminen päivittäisissä toiminnoissa</p>	
<p>Harjoittelu-/päiväohjelma</p> <p>Aktivoiva ohjaaminen</p> <p>Konkreettinen tekeminen asiakkaan kotona</p> <p>Yhtenäinen ohjaus/toiminta</p> <p>Oikea-aikaisuus</p> <p>Moniammatillisen työryhmän hyödyntäminen</p> <p>Seuranta</p> <p>Kuka määrää tahdin</p> <p>Hoitajan osaaminen</p> <p>Omahoitajuus</p>	<p>Moniammatillisuus ja omahoitaja asiakkaan tukena</p>

3.sektorin hyödyntäminen Vertaistukiryhmät Kuntoutusryhmät jakson jälkeen	Yhteistyötahot, vertaistuki
Apuvälineet Oikeanlaiset varusteet, jotta harjoittelu mahdollistuu	Apuvälineiden ja kodin muutostöiden kartoittaminen