

Eija Toivanen

**Ikääntyneen kuntoutumisen tukeminen  
moniammatillisena yhteistyönä  
kotihoitossa  
- toimintamallin luominen**

Opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Monialainen toimintakyvyn edistäminen YAMK

2021



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Eija Toivanen	Fysioterapeutti (YAMK)	2/2021
<b>Opinnäytetyön nimi</b>  Ikääntyneen kuntoutumisen tukeminen moniammatillisena yhteistyönä kotihoidossa. Toimintamallin luominen.		79 sivua 10 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>  Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä (Kymsote)		
<b>Ohjaajat</b> Merja Reunanen & Tarja Turtiainen		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Väestön ikääntyminen ja kasvavat palveluntarpeet kotihoidossa asettavat haasteita maakunnille, joiden tavoitteena on tarjota tasavertaiset ja oikea-aikaiset palvelut ikääntyvälle väestöllemme. Palvelurakenteita on tarkoituksena muuttaa pois laitospainotteisuudesta. Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymässä (Kymsote) ollaan saman haasteen edessä. Lähitulevaisuuden tavoitteena on kotona asuvien ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämisellä ja parantamisella hillitä kasvavaa palveluntarvetta ja lisätä asiakasläh- töisiä palveluita alueelle.</p> <p>Tämä opinnäytetyö oli osa valtion tukemaa ikääntyneiden kotiin vietävien palveluiden kehittämishanketta ja uusien toimintamallien luomista Kymssotessa. Työ toteutettiin toimintatutkimuksena. Tavoitteena oli kotona asuvien ikääntyneiden kuntoutumisen tukeminen ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen kotihoidossa. Tarkoituksena oli kehittää ikääntyneiden kuntoutumista tukeva moniammatillinen toimintamalli Kymssoten kotihoitoon.</p> <p>Opinnäytetyössä toteutettiin yksi toimintatutkimuksen sykli vuoden 2020 aikana. Nykytilan arviointi tehtiin Webropol-kyselynä SWOT-analyysin avulla, jossa määriteltiin senhetkisen ikääntyneiden kuntoutumisprosessin ja moniammatillisen toiminnan haasteet kotihoidossa. Ratkaisuja etsittiin moniammatillisesti kootun tiimin kanssa Learning Cafe -menetelmällä muodostaen kuva tärkeiksi koetuista asioista ikääntyneen kuntoutumista tuettaessa. Mallin ideointiin käytettiin aivoriihimenetelmää ja moniammatillisessa yhteistyössä rakennettu toimintamalli viimeisteltiin kehittämistiimin kolmannessa työpajassa.</p> <p>Tulosten mukaan ikääntyneiden palveluntarvetta arvioitaessa on selvitettävä heidän kuntoutumisensa edellytykset oikea-aikaisesti ja moniammatillisesti. Yksilöllisellä kuntoutumisen suunnittelulla ja arkikuntoutuksella todettiin olevan mahdollisuuksia tehostaa ikääntyneiden kuntoutumista kotihoidossa. Lähiesimiehen tuki sekä avainhenkilöiden osoittaminen ja sitouttaminen luo pohjan laadukkaalle ja asiakasläh- töiselle ikääntyneen kuntoutumisprosessille. Kehittämistyön tuloksena otettiin kokeiluun kuntouttavan arviointijakson toimintamalli, johon sisällytettiin kehittämistiimin esille nostamat tärkeät asiat pyrkien vastaamaan esille nousseisiin toiminnan haasteisiin. Malli lähti pilotointiin vuoden 2021 alussa.</p>		
<b>Asiasanat</b>  ikääntyneet, kuntoutuminen, moniammatillinen yhteistyö, kotikuntoutus, kotihoito		

Author (authors)	Degree	Time
Eija Toivanen	Master of Health Care	February 2021
<b>Thesis title</b> Supporting the rehabilitation of older people through multi-professional cooperation in home care - creating an operating model		79 pages 10 pages of appendices
<b>Commissioned by</b> Kymenlaakso Association of Municipalities for Social and Health Services (Kymsote)		
<b>Supervisor</b> Merja Reunanen & Tarja Turtiainen		
<b>Abstract</b> <p>The aging of the population and the growing need for services in home care pose challenges for provinces that aim to provide equal and timely services to our aging population. The intention is to change service structures by reducing institutional care. The Kymenlaakso Association of Municipalities for Social and Health Services (Kymsote) is facing the same challenge. The goal for the near future is to curb the growing need for services and increase customer-oriented services in the area by maintaining and improving the functional capacity of older people living at home.</p> <p>This thesis was part of a state-supported project to develop home services for the elderly and the creation of new operating models in Kymsote. The work was carried out as an action study. The aim of this study was to support the rehabilitation of older people living at home and to increase interprofessional co-operation in home care. The purpose was to develop a multi-professional operating model for home care in Kymsote that supports the rehabilitation of the elderly.</p> <p>One cycle of the action research in this thesis was carried out during 2020. The assessment of the current situation was carried out as a Webropol survey using a SWOT analysis, in which identified the challenges of the current rehabilitation process and multi-professional activities in home care. Solutions were sought together with a multi-professional team by using the Learning Cafe method. The operating model was developed using the brainstorming method and was completed in the third workshop of the development team.</p> <p>According to the results, the need for services for the elderly needs to be assessed in a timely and multi-professional manner. Individual rehabilitation planning and daily rehabilitation were found to improve the rehabilitation of the elderly in home care. Supervisor support and a multi-professional commitment to rehabilitation are prerequisites for client-oriented rehabilitation of the elderly. In the development work, an operating model of rehabilitation assessment was created, which aimed to meet the challenges of operations. The model started the pilot in early 2021.</p>		
<b>Keywords</b> elderly, rehabilitation, interprofessional cooperation, home rehabilitation, home care		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	7
3	KOTONA ASUVAN IKÄÄNTYNEEN KUNTOUTUMINEN .....	9
3.1	Ikääntyneen kuntoutumisprosessin vaiheet .....	10
3.2	Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutumissuunnitelma prosessia käynnistämässä ...	11
3.3	lääkäsi asiakas kuntoutujana .....	14
3.3	Kotikuntoutus ikääntyneen toimintakykyä edistämässä .....	15
4	KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ .....	17
4.1	Moniammatillisen yhteistyön merkitys kuntoutumisprosessissa .....	17
4.2	Kotihoito toimintaympäristönä.....	19
4.2.1	Kuntoutusosaaminen yhteistyötä edistämässä .....	21
4.2.2	Esimies kuntoutumisprosessia tukemassa .....	23
5	KOTIHOIDON KUNTOUTTAVIA TOIMINTAMALLEJA SUOMESSA .....	24
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS .....	27
7	TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TULOKSIA.....	28
7.1	Nykytilan arviointi.....	31
7.1.1	Ongelman määrittely ja SWOT-analyysin tulokset.....	31
7.1.2	Yhteenveto Swot- analyysin tuloksista.....	36
7.2	Toiminnan suunnittelu.....	38
7.2.1	Kehittämistiimin kokoaminen .....	38
7.2.2	Ratkaisun etsintä ja Learning Cafen tulokset.....	39
7.3	Uuden toimintamallin rakentaminen.....	44
7.3.1	Toimintamallin ideointi ja Aivoriihen tulokset.....	44
7.3.2	Toimintamallin viimeistely .....	51
8	TOIMINTAMALLIEHDOTUS.....	54
9	POHDINTA.....	58
9.1	Tulokset suhteessa aikaisempaan tietoon .....	58

9.2	Tutkimuksen menetelmävalintojen arviointia ja oman osaamisen kehittyminen ...	62
9.3	Toimintatutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	64
9.4	Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet .....	68
LÄHTEET .....		70

## LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. SWOT-analyysin kysymykset

Liite 3. Suostumuslomake

Liite 4. Tutkimuslupa

Liite 5. Esimerkki teemoittelusta (SWOT -analyysi, nykyinen toimintamalli)

Liite 6. Esimerkki teemoittelusta (Learning Cafe)

Liite 7. Esimerkki teemoittelusta (aivoriihi)

Liite 8. Toimintamalliehdotus

## TAULUKOT

Taulukko 1. Kuntouttavan arviointijakson käyttöönottamisessa tärkeät asiat, haasteet ja ratkaisuehdotukset

## 1 JOHDANTO

Valtakunnallisesti ikääntyvien määrä kasvaa koko ajan (STM 2017a, 11). Väestöennusteen mukaan myös Kymenlaaksossa 75 vuotta täyttäneiden osuus lisääntyy yli 5000 henkilöllä vuoteen 2025 mennessä (Reiman 2018, 5). Tehostetun palveluasumisen piirissä on lähes 10 % Kymenlaakson alueen yli 75-vuotiaista, mikä on valtakunnallisesti erittäin korkea luku (Kymsote 2019a, 31).

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (STM 2013, 39) tavoitteena oli vuoteen 2017 mennessä vähentää tehostetun palveluasumisen piirissä olevien osuutta valtakunnallisesti 6 - 7%:iin. Skenaarioiden mukaan ympärivuorokautisen hoivan kustannukset tulevat nousemaan vuoteen 2050 mennessä kaksinkertaisiksi (STM 2017a, 30). Valtakunnallista linjausta noudattaen paine ympärivuorokautisen hoivan purkamisesta ja kotiin tuotavien palvelujen lisäämisestä Kymenlaaksossa on suuri. Alueen lähivuosien tavoitteena on merkittävä ympärivuorokautisen hoivan määrän vähentäminen. (Kymsote 2019a, 33.)

Kymenlaakson kärkihankkeena vuosina 2016 - 2018 on ollut luoda maakunnallinen yhteensovitettu ikäihmisten palvelukokonaisuus. Yhtenä painopisteenä erityisesti on ollut ikäihmisten kotona asumisen tukeminen terveyden- ja toimintakyvyn ylläpitämisellä ja parantamisella. (Kymsote 2019a, 30.) Tämä noudattaa myös valtakunnallista linjausta, jonka tavoitteena on vanhusten kotona asumisen tukeminen mahdollistamalla terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä kuntouttavien toimien lisääminen (STM 2017a,11). Nykyinen Marinin hallitusohjelma (2019) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (28.12.2012/980, 5. §) korostavat myös ikääntyvien kotona asumisen tukemista laadukkailla ja oikea-aikaisilla palveluilla.

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvveluiden kuntayhtymän (Kymsote) tavoitteena on kotona asuvien ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämisellä hillitä kasvavaa palveluntarvetta. Kotona tapahtuvaa kuntoutusta on tarkoitus tehostaa lähitulevaisuudessa. Moniammatillinen saumaton yhteistyö kotikuntoutuk-

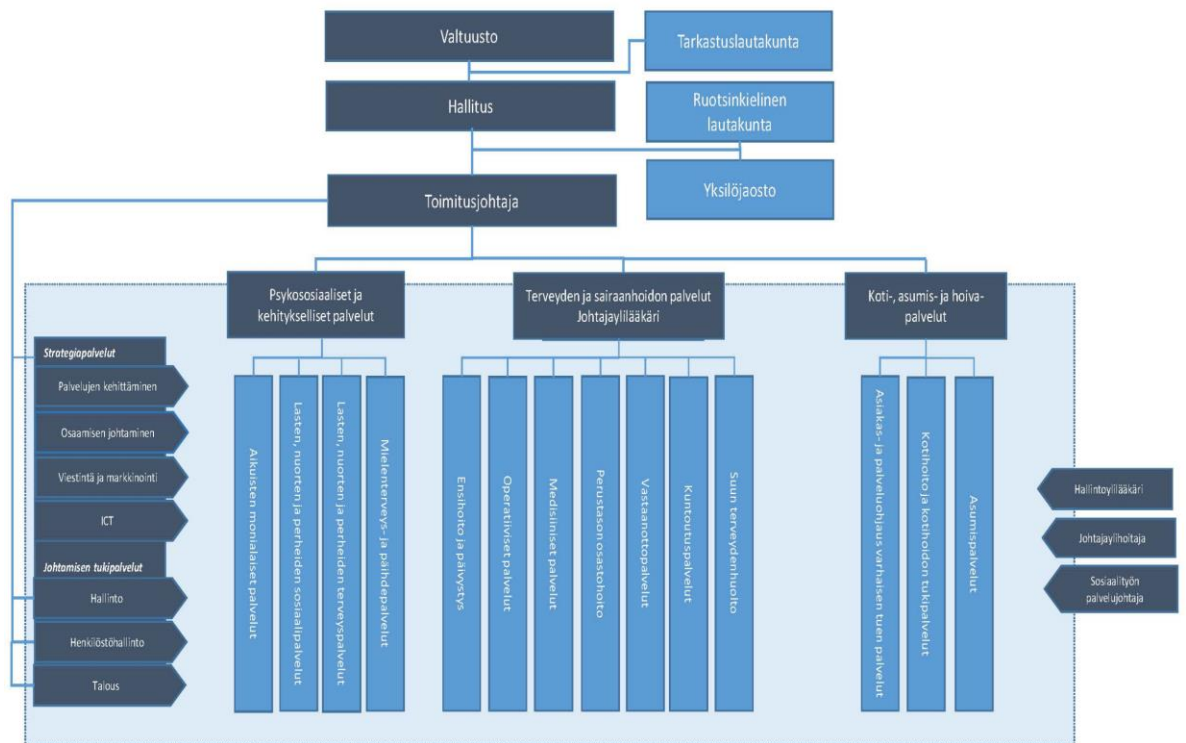
sen ja kotihoidon työntekijöiden kesken on nähty edellytykseksi asiakaslähtöisille ja tehokkaille kuntoutupalveluille. Kymenlaakson alueen ikääntyvien palvelukokonaisuudessa on otettu käyttöön vuoden 2020 aikana suoran kotiutuksen toimintamalli, mikä korostaa myös yhdenvertaisten ja moniammatillisten palvelujen tarvetta kotona. (Kymsote 2019a, 52—53)

Opinnäytetyöni oli osa valtion tukemaa ikääntyneiden kotiin vietävien palveluiden kehittämishanketta ja uusien toimintamallien luomista Kymsotessa. Tavoitteena oli kotona asuvien ikääntyneiden kuntoutumisen tukeminen ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen Kymsoten kotihoidossa. Tarkoituksena oli kotikuntoutuksen ja kotihoidon työntekijöiden sekä heidän lähiesimiestensä kanssa kehittää ikääntyneen kuntoutumista tukeva moniammatillinen toimintamalli Kymenlaaksoon. Työssäni pystyin hyödyntämään ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuomaa tietoperustaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisestä ja johtamisesta, asiakaslähtöisyydestä, moniammatillisuudesta sekä valtakunnallisesta ja kansainvälisestä kuntoutuspolitiikasta.

## **2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS**

Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Kymsote aloitti toimintansa 1.1.2019. Uuteen kuntayhtymään kuuluvat lakkautettava sairaanhoidopiiri Carea ja Kymenlaakson kunnat Hamina, Kotka, Kouvola, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti. Kuntayhtymä järjestää alueen väestölle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joissa periaatteena on yhdenvertaisuus. Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa toiminnasta ja taloudesta pitää yhtymävaltuusto. Kuntayhtymän hallitus vastaa mm. toiminnan yhteensovittamisesta ja henkilöstöpolitiikasta, joissa toimitusjohtaja toimii esittelijänä. (Kymsote 2020a.)

Kotihoito ja kotihoidon tukipalvelut sijoittuvat koti-, asumis- ja hoivapalveluiden alaisuuteen. Kuntoutuspalveluissa toimivat henkilöt taas toimivat terveyden- ja sairaanhoidonpalveluiden alaisuudessa (kuva 1).



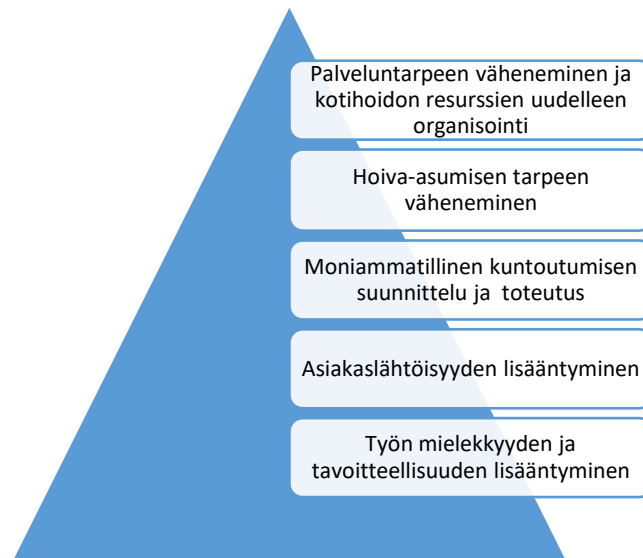
Kuva 1. Kymsoen organisaatiokaavio (Kymsoe. 2020a. Tietoa Kymsoesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsoe.fi/fi/tietoa-kymsoesta>)

Kymsoella on yli 5000 työntekijää, jotka palvelevat yli 170 000 asukasta Kymenlaaksossa. Kotihoidossa työskenteleviä on noin 600 työntekijää, joista lähihoitajien osuus on n. 86 %. Kotikuntoutuksessa työskentelee tällä hetkellä 25 fysioterapeuttia ja kaksi toimintaterapeuttia. Lähiesimiehiä kotihoidossa on 30 ja kotikuntoutuksessa yksi.

Kuntayhtymän tehtävänä on toteuttaa paras mahdollinen soe-palveluverkosto luoden asukkaille hyvät ja toimivat palvelukokonaisuudet. Väestön ja ikärakenteen muutos kasvattaa peruspalveluiden kysyntää. Erityisesti ikääntyvien palvelun tarve tulee nostamaan kustannuksia lähitulevaisuudessa. Kotihoidon toimintaa tulisi tehostaa vastaamaan tarvetta, ja tavoitteena on, että 92 % 75 vuotta täyttäneistä kymenlaaksolaisista asuisi lähitulevaisuudessa kotona. (Kymsoe 2019a 3, 33.) Kuntoutuspalveluita on tarkoitus kehittää ja tehostaa Kymenlaakson alueella lisäämällä kotihoidon kentällä toimivaa kuntoutushenkilöstöä. Kotihoidon työntekijöiden kanssa tehtävää yhteistyötä helpottamaan on vakinaistettu 41 lähihoitajaa kevään 2020 aikana (Kymsoe 2020b).



Ikäihmisille tarjottavien palvelujen tulee olla laadukkaita ja vastata koko ajan vaihtuviin tarpeisiin. Kotiin vietäviä kuntoutuspalveluja kehittämällä turvataan ikääntyneiden toimintakyvyn säilyminen paremmin kotona. Tehokkaan moniammatillisen kuntoutustoiminnan ansiosta kotihoidon resurssien kohdentaminen asiakkaiden äkillisiin yleistilan laskuihin helpottuu ja raskaamman hoiva-asumisen rakenteen purkaminen ei lisää palvelujen tarvetta kotona (kuva 2).



Kuva 2. Tehokkaan moniammatillisen kuntoutustoiminnan tavoitteet Kymenlaakson kotihoivossa (mukaillen Kymsote 2019a)

Yhteistyön lisääminen helpottaa asiakkaiden kuntoutumissuunnitelmien tekemistä ja toteuttamista. Moniammatillisella toiminnalla myös asiakkaiden tarpeet tulevat laajasti ja oikea-aikaisesti huomioitua, mikä lisää työntekijöiden työn mielekkyyttä ja tavoitteellisuutta.

### 3 KOTONA ASUVAN IKÄÄNTYNEEN KUNTOUTUMINEN

Kuntoutuminen on asiakkaan toimintakyvyn ja osallistumisen parantumista huomioiden hänen omat lähtökohtansa. Kuntoutumista voidaan kuvata hallittuna, tutkittuun tietoon sekä tavoitteisiin perustuvana kokonaisuutena, jossa huomioidaan asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat yksilölliset ja ympäristölliset tekijät. Kuntoutuminen alkaa, kun asiakas on itse tunnistanut omat tarpeensa ja kuntoutuksen tuomat mahdollisuudet.

(Autti-Rämö ym. 2016, 43, 56.) Seuraavissa luvuissa avaan ikääntyneen kuntoutumisprossin vaihteita sekä kuvaan toimintakyvyn arvioinnin, kuntoutussuunnitelman ja ikääntyvien asiakkaiden yksilöllisten tekijöiden huomioimisen merkitystä kuntoutumisen onnistumisessa.

### 3.1 Ikääntyneen kuntoutumisprosessin vaiheet

Ikääntyneen kuntoutuminen edellyttää asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista ja tavoitteellisuutta. Kuntoutumisprosessi (kuva 3) on asiantuntijoiden ja asiakkaan yhdessä suunnittelema, siinä keskeisintä on asiakkaan äänen kuuleminen. (Autti-Rämö 2016, 57.)



Kuva 3. Ikääntyneen kuntoutumisprosessi (mukaillen Autti-Rämö ym. 2016, 57)

Kuntoutumistarpeen arviointi -käsite liittyy tilanteisiin, joissa ihmisen edellytykset päämääriensä saavuttamiseen ovat heikentyneet. Perustarpeisiin kuuluvat fyysinen terveys, elämänhallinta ja itsenäisyyden säilyttäminen. (Doyal & Gough, Järvikoski & Härkäpää 2011, 154 mukaan.) Ihmisen toiminta lähtee hänen tarpeistaan määrittäen sen tavoitteet ja intensiteetin. Kuntoutumistarve on ihmisen kokemus ongelmastaan; pohjana on tahtotila sen ratkaisuun. Asiakas tuntee parhaiten omat tavoitteensa, suunnitelmansa ja valintansa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 155, 159—160)

Kuntoutumisprosessin suunnitteluun kuuluu oleellisena osana kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelma perustuu asiakkaan osallistumista rajoittaviin ongel-

miin määrittäen samalla hänen voimavaransa ja mahdollisuuteensa kuntoutua. Yhdessä kuntoutujan kanssa tehty hänelle merkityksellinen suunnitelma lisää hänen kykyään sitoutua prosessiin. (Autti-Rämö ym. 2016, 67—68)

Kuntoutuksen toteutuksen onnistumiseen vaikuttavat eri toimijoiden välille syntynyt luottamus ja yhteiset tavoitteet. Ammatilainen tuo tietonsa ja asiantuntemuksensa kuntoutusprosessiin, mutta asiakas päättää, mitä menetelmiä hän ottaa omaan käyttöönsä. Yhdenvertainen kumppanuus ei mahdollista ammattilaisen valta-asemaa ja asiakkaan olemista toimenpiteiden kohde. (Koskinen ym. 2008, 561—563) Kuntoutumista edistävä asiakaslähtöinen työote on keskeinen tavoitteellisessa kuntoutustoiminnassa ja kuvaa organisaation ja työntekijöiden ajatusmalleja (Vanhala ym. 2016, 264).

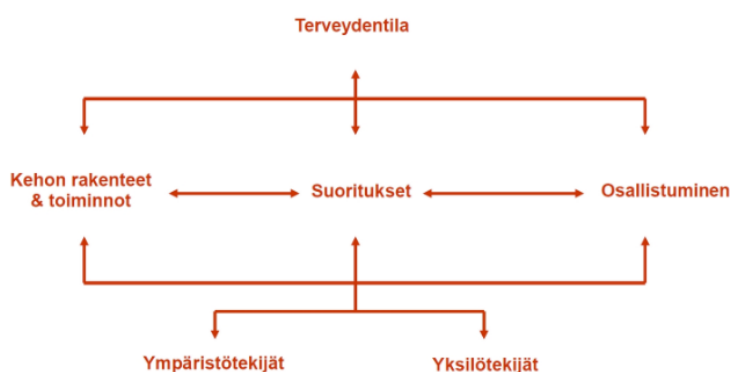
Kuntoutumisen seuranta liittyy kiinteästi kuntoutumisprosessiin, johon vaikuttavat kuntouttavat toimenpiteet ja asiakkaan oma toiminta. Kuntoutumisprosessin seurantaan kuuluu tieto siitä, mitä seurataan, millä aikataululla ja kuka kuntoutumista seuraa. Avainasemassa on asiakkaan yhteyshenkilöksi nimetty työntekijä. Kuntoutumisen seuranta mahdollistaa uuden kuntoutussuunnitelman tekemisen. Tavoitteiden tulee olla ajankohtaiset ja asiakkaan senhetkisten tarpeiden mukaiset, mikä parantaa asiakkaan sitoutumista ja lisää yrittämistä tavoitteiden saavuttamiseksi. (Autti-Rämö ym. 2016, 70, 72).

### **3.2 Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutumissuunnitelma prosessia käynnistämässä**

Kuntoutuminen edellyttää usein laaja-alaista eri ammattiryhmien tekemää toimintakyvyn arviota (Autti-Rämö 2016, 57). Ikääntyneiden monet sairaudet ja toiminnanvajeet lisäävät monipuolisen toimintakyvyn kartoituksen tarvetta. (Koskinen ym. 2008, 559.) Palveluntarpeen arvioinnissa tulisi hyödyntää eri ammattilaisten osaamista, jossa arvioidaan asiakkaan selviytymistä hänelle itselleen merkityksellisistä päivittäisistä toiminnoista omassa kodissaan. (STM 2017, 35—36; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosi-aali- ja terveystalvuluista 15. §).

Ikääntyneiden henkilöiden kuntoutumistarpeen tunnistus olisi tärkeää tehdä ennen sen merkittävää heikkenemistä (Autti-Rämö ym. 2016, 62). Ongelmana

on usein, että toimintakyvyn arviointi lähtee kuntoutujassa havaituista ongelmista jättäen huomiotta kuntoutujan kotioloissa käyttämät selviytymiskeinot (Koskinen ym. 2008, 560). Toimintakyvyn arviointi tulisikin pohjautua arviointiin kuntoutujan yksilöllisestä elämäntilanteesta ja ympäristöstä, jota edustaa laaja ICF (International of Functioning, Disability and Health) -luokitukseen perustuva toimintakyvyn ja toiminnan rajoitteiden kuvauksen malli (kuva 4). Menetelmän avulla huomioidaan myös henkilökohtaisten apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarpeet, jotka ovat ikääntyneelle kuntoutujalle erittäin tärkeitä asioita. (Paltamaa & Siirtola 2016, 37, 40.)



Kuva 4. ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Mukaellen Paltamaa & Siirtola 2016, 39)

Kymsotessa ikääntyvien kuntoutuksessa työskentelevät fysioterapeutit ja toimintaterapeutit on koulutettu vuoden 2019 aikana FIM-toimintakykymittarin käyttöön, joka pohjautuu ICF-luokitukseen. Mittarin tarkoituksena on arvioida asiakkaan toimintakykyä ja avun tarvetta 18 päivittäisessä toiminnassa. Mittaria voidaan hyödyntää asiakkaan kuntoutusprosessissa toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointiin sekä organisaatiotasolla kuntoutuksen vaikuttavuuden seurantaan. (FCG 2013.) Mittarin käyttö ja täysimääräinen hyödyntäminen edellyttävät moniammatillisen tietopohjan yhdistämistä kuntoutumissuunnitelmaa laadittaessa.

Kymsotessa kotihoito käyttää palveluntarpeen arviointiprosessissa InterRAI (Resident Assessment Instrument) -mittaria (Kymsote 2019a, 31). InterRAI on ICF-koodistoon pohjautuva arviointijärjestelmä, joka tiedottaa ja ohjaa kattavasti hoidon ja palvelun suunnittelua arvioimalla asiakkaan tarpeita, vahvuuksia ja mieltymyksiä laaja-alaisesti. Säännöllisesti käytettynä ja päivitettyinä sitä käytetään yhtenä hoidon laadun mittarina. (InterRAI 2019.)

Kuntoutumissuunnitelman avulla turvataan asiakkaalle hänen palveluketjunsä, jossa kuntoutustarve ja –mahdollisuus toimivat pohjana. Suunnitelmassa asiakkaan kanssa yhteisesti asetetut tavoitteet ja keinot on tärkeää olla ymmärrettävissä muodossa. Hyvässä suunnitelmassa tulee määritellä myös kuntoutumisen seuranta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 196—197.) Säännöllinen seuranta varmistaa kuntoutumisen etenemisen (Autti-Rämö 2016, 58). Laadukas palvelu on oikea-aikainen ja koordinoitu palvelukokonaisuus, jonka mittarina toimii asiakkaan oma kokemus (STM 2017, 36).

Ikääntyneiden asiakkaiden kotona pärjäämistä on Kymsoten kotihoidossa tuettu kuntoutumista edistävän suunnitelman liittämällä asiakkaiden kokonaispalvelusuunnitelmaan. Arkikuntoutuksen tavoitteena on ollut asiakkaan arkeen sidotuilla menetelmillä ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Teho- ja intensiivinen kuntoutus on liitetty yleensä kotihoidon tai SAS (Selvitä – Arvioi – Sijoita) -arviointijaksoihin, joissa korostuu kuntoutuksen ammattilaisten mukana oleminen suunnitelmaa tehtäessä ja toteutettaessa. (Reiman 2018, 35.) Kotihoidolle tehdyissä tutkimuksissa selkeää ja asiakaslähteisistä kuntoutumissuunnitelmaa on pidetty edellytyksenä kuntouttavalle työskentelylle (Käsmä 2011,51; Vuorijärvi 2018,40—41).

Kuntoutusprosessiin tulisi nimetä työntekijät, jotka suunnittelevat, seuraavat ja koordinoivat kuntoutumista yhdessä asiakkaan kanssa pysyen mukana koko prosessin ajan (STM 2015, 20; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveystalvueluista 15. §). Omahoitajan rooli on merkittävä asiakkaan kuntoutusprosessin yhteyshenkilönä (Karhula ym. 2016, 225). Kymsoten kotihoidossa tavoitteena on, että asiakkaalle nimetty omahoitaja osallistuu toimintakyvyn arviointiin ja kuntoutumissuunnitelman tekemiseen osana moniammatillista tiimiä. Salmelaisen ja Mäen tutkimuksessa (2013, 289—290) pidettiin tärkeänä suunnitteluvaiheessa mukana olleen vastuutyöntekijän suorittamaa seurantaa myös kuntoutuksen jatkuvuuden edistämässä.

### 3.3 Iäkäs asiakas kuntoutujana

Tyypillinen asiakasryhmä kotihoidossa ovat pitkäaikaissairaat ikääntyneet asiakkaat. Suurimman asiakasryhmän muodostavat 74—84-vuotiaat, joilla biologinen, psyykkinen ja sosiaalinen vanheneminen sekä toimintakyvyn heikkeneminen asettavat asiakastyölle erityispiirteensä ja vaatimuksensa. Tilanneherkkyys ja tunneäly mahdollistavat oikeiden asioiden havaitsemisen oikeaan aikaan. (Ikonen 2015, 42—43.) Luopumistilanteissa ikääntynyt ottaa käyttöön elämässään opittuja ratkaisukeinoja, joihin liittyvä viisaus ja vahvuudet tulisi ottaa yksilöllisen kuntoutumisen lähtökohdiksi (Pikkarainen ym. 2016, 178). Työskentelyssä tulisi korostaa asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja elämänkokemusta (Ikonen 2015, 42).

Onnistunut kuntoutumisprosessi edellyttää kuntoutujan motivaatiota. Käsitteet toimijuus, voimaantuminen, valtaistuminen ja subjektius kuvaavat asiakaslähtöisyyttä (Vanhala ym. 2016, 264). Työntekijällä tulisi olla rauhallisuutta, osaamista ja välineitä tukea ikääntynyttä, jolloin tarkastelussa on niin toimintakyvyn rajoitteista kuntoutuminen kuin koko elämäntalon ja ikääntymisen vaiheiden käsittely. Onnistuessaan se edistää vaikuttavaa kuntoutusta, jota voidaan aidosti kutsua asiakaslähtöiseksi. (Härkäpää & Järvikoski 2011, 189.)

Kuntoutujakeskeisessä ajattelussa kuntoutuja on elämäntavoitteitaan toteuttava aktiivinen toimija. Asiakkaan pyrkimyksenä prosessissa on ymmärtää, tulkita, suunnitella ja hallita omaa elämäänsä. Ammatillaisen ja asiakkaan tulee olla tasa-arvoiset ja aktiiviset yhteistyökumppanit. (Härkäpää & Järvikoski 2011, 189.) Järvikosken ja Härkäpään (2008, 57) mukaan tärkeää on kuitenkin muistaa, että kuntoutujaa ei tule yksin asettaa vastuuseen prosessin lopputuloksesta ja lisätä mahdollisesti ennestään jo uupuneen asiakkaan taakkaa.

Asiantuntijakeskeistä ajattelutapaa pidetään kuntoutujakeskeisen lähestymistavan vastakohtana. Tässä mallissa ammattilainen määrittelee tutkimustensa perusteella asiakkaan fyysisen tilan, minäkäsityksen, tavoitteet ja motivaation. Asiakkaasta tulee arvioinnin ja toimenpiteiden kohde. (Härkäpää & Järvikoski 2011, 187—189.) Jos asiakas ei tule kuulluksi ja ymmärretyksi ja elämäntilan-

teen arvio jää ammattilaisten varaan, siirtää asiakas vastuun kuntoutusprosessista helposti ammattilaisille (Niemi ym. 2016, 266). Vuorijärven (2018, 40) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteiden toteutumattomuuden yhtenä syynä oli asiakkaan heikko motivaatio ja vastuun ottaminen omasta kuntoutumisestaan.

Tutkimuksissa (Vuorijärvi 2018, 47; Vähäkangas 2010, 84) ikääntyneen asiakkaan voimavarojen ja kiinnostuksen kohteiden tunteminen on nähty kuntouttavan työskentelyn voimavaraksi. Elorannan (2009, 5) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat kokivat hoitajien puolesta tekemisen jopa stressaavana ja ristiriitilanteita aiheuttavana. Syynä puolesta tekemiseen oli puutteellinen asiakkaan voimavarojen kartoitus. Tuomisen & Tuurin (2016, 236—237) kotihoidolle tekemän tutkimuksen mukaan ikääntyneiden kuntoutuksen kehittämiseksi, ammattilaisten olisi huomioitava enemmän yksilöä oman itsensä asiantuntijana ja asiakaslähtöisyys tulisi asettaa toimintakyvyn tukemisen keskiöön.

### **3.3 Kotikuntoutus ikääntyneen toimintakykyä edistämässä**

Kansallinen kuntoutustietokeskus Nardic (2015) määrittelee kodin kuntoutuksen tukipalvelut kotona ja yhteisössä tarjottaviksi kuntoutuksen ja hoidon koordinoitipalveluiksi, joiden tarkoituksena on tukea asiakkaan kuntoutusta ja hoitoa. Kotikuntoutus on parhaimmillaan aina vuorovaikutuksellista tiedon jakamista, ohjauksellista avointa keskustelua ja tavoitteellista harjoittelua yhdessä asiakkaan ja hänen lähipiirinsä sekä kotihoidon henkilöstön kanssa. (Paltamaa ym. 2018, 69.)

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvet (Kymsote 2019b) määrittelee kotikuntoutuksen toiminnaksi, jonka avulla ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden arjen toimintakykyä ja tuetaan turvallista kotona asumista. Tavoitteena on parantaa asiakkaan kykyä selviytyä mahdollisimman itsenäisesti omassa kodissaan. Toiminnan tavoitteena on myös löytää keinoja asiakkaan omaan toimintakyvyn ylläpitämiseen moniammatillisen toiminnan kautta.

Kotona tapahtuva fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien toteuttama kuntoutus Kymenlaakson alueella tarkoittaa mm. toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn ar-

viointia ja ohjausta, omaisia ja kotihoitoa koordinoivaa kuntoutusta tai moniammatillisia ja tehostettuja kuntoutusjaksoja. Kotikuntoutukseen voi ohjautua ilman lähetettä esim. sairaalan, kuntoutuskeskuksen, omaishoidon tai kotihoiton kautta. Kuntoutus voi alkaa myös asiakkaan tai hänen omaisensa aloitteesta. (Kymsote 2019b.)

Kotikuntoutus-käsite kuvastaa vastakkaisuutta laitospalvelulle. Kuntoutuspalvelut tulevat asiakkaan lähelle hänen arkeensa mahdollistaen kuntoutuksen jatkumisen samanlaisena esimerkiksi sairaalassa alkaneen kuntoutuksen jälkeen. Kotikuntoutus voi olla progressiivista, jolloin kuntoutujalla on myös vastuu kotikuntoutuskäyntien välillä tapahtuvasta harjoittelusta esim. hoitohenkilökunnan ohjaamana. Kotikuntoutuksessa vaarana on, että työntekijä kantaa mukanaan instituution antamaa valtaa ja välineitä asettuen itselleen sopivaan rooliin kuntoutustilanteessa, jolloin yhteistyöstä ei muodostu aitoa asiakkaan ja hänen kotinsa ehdoilla tapahtuvaa toimintaa. (Pikkarainen 2017.)

Kymenlaaksossa on aikaisemmin nostettu esille kotona tapahtuvan kuntoutustoiminnan kulmakiviä moniammatillisen työpajan avulla. Tavoitteena on ollut ikääntyneen asiakkaan yleistilan laskun ja laitospalvelun aiheuttaman ”pyörö - ovi-ilmion” estäminen ja pysäyttäminen. (Idström & Reiman 2018, 2—6.) Työpajassa pohdittiin ikääntyvien kuntoutumistarpeen tunnistamisen haastavuutta sekä yhteneväisten toimintakyvyn mittareiden merkitystä. Moniammatillisen yhteistyön varmistamista ja yhdessä laadittua kuntoutumissuunnitelmaa pidettiin tärkeänä. Tiedostettiin, että yhteistyön kehittäminen tulee vaatimaan kaikilta osapuolilta samaa tavoitetta ja yhdessä sovittuja toimintatapoja. Pajan tuotokset ovat toimineet yhtenä pohjana Kymsoten kotikuntoutustoimintaa suunniteltaessa.

Kotikuntoutuksesta on tehty tutkimuksia maailmalla jonkin verran. Tung ja Yi-Chen (2013) ovat tutkineet kotikuntoutuksen vaikuttavuutta leikkauksesta toipuvilla ikääntyneillä asiakkailla. Haastattelututkimus osoitti, kuinka kotona tehtävä kuntoutus mahdollistaa lähipiirin sosiaalisen tuen kuntoutusprosessissa lisäten kuntoutujan motivoitumista harjoitteluun. Kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ovat tutkineet kotihoidossa myös King ym. (2012), joiden mukaan ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyky kohosi kuntoutuksella selvästi ja 29



%:lla asiakkaista palveluntarve väheni tai loppui kokonaan. Lewin ym. (2010) tutkimuksessa yli puolella asiakkaista, jotka saivat päivittäistä toimintaa aktiivua kotihoitoa ja kuntoutusta, ei ollut enää kotihoidon tarvetta.

## **4 KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ**

Isoherranen (2012, 22) määrittelee moniammatillisen yhteistyön sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisenä työskentelynä, jossa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot muodostavat joustavasti sovituille toimintatavoille kokonaisuuden yhteisessä tiedonkäsittelyssä ja vuorovaikutusprosessissa. Seuraavissa luvuissa otan esille moniammatillisen työskentelyn lähestymistapoja, sen onnistumiseen vaadittavia hyviä käytänteitä ja lakien asettamia velvoitteita. Toimintaympäristönä on kotihoito, jossa kuntouttava moniammatillinen työskentely ja lähesimiehen kannustus vahvistavat asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksia.

### **4.1 Moniammatillisen yhteistyön merkitys kuntoutumisprosessissa**

Lainsäädäntö velvoittaa kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden yhteistyötä. Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) 4. §:n mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi ja päätösten tekemiseksi käytettävissä tulee olla riittävästi asiantuntemusta. Moniammatillinen ja vaikuttava kuntoutus perustuu joustavaan kokonaisuuteen, jossa kuntoutujan polku tulisi luoda sujuvaksi eri toimijoiden sektorirajat ylittävillä yhteistyömuodoilla (STM 2015, 20).

Mönkkösen (2018, 141) ja Isoherrasen (2012, 151) mukaan asiakaslähtöisen moniammatillisen yhteistyön toteutuminen on haaste sosiaali- ja terveysalalla. Koulutusta pidetään pohjana moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Yhteistyöstä hyötyvät erityisesti ikääntyvät asiakkaat, joiden tarpeisiin vastaamista ja palvelujen intergraatiota pidetään sote-uudistuksen keskeisimpänä haasteena. (Mönkkönen 2018, 141.)

Yleiskäsitteenä moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat tiimityö ja ammatillinen luottamus. Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen ammattilainen toimii

omaa ammattiaan vastaavana asiantuntijana. Tieto kuntoutujasta jaetaan informaatiotyypillisesti esimerkiksi kuntoutuspalavereissa. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393—394.) Moniammatillisessa tiimityöskentelyssä pitäisi Isoherrasen (2012, 32) mukaan tapahtua tiedon integrointia ja roolirajojen ylityksiä eikä vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä. Mönkkönen (2018, 144) kuvaa moniammatillista työtä joukkueen yhteistoimintana, jossa oma toiminta sulautetaan osaksi yhteisesti määriteltä päämäärää. Ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää kuntoutusta kehitettäessä tulisi aina huomioida moniammatillinen työote (Tuominen & Tuuri 2016, 236).

Moniammatillisuuden onnistumiseen vaikuttavat myönteiset asenteet ja ennakkoluulottomuus. Onnistunut yhteistyö edellyttää ryhmän jäsenten ainutkertaista kunnioittamista ja toisen yksilöllisyyden arvostamista. Moniammatillinen toiminta vaatii ongelmanratkaisun, johtamisen, kehittämisen, projektityöskentelyn sekä ryhmässä työskentelyn taitoja. Arvokkaita ominaisuuksia ovat kuuntelemisen taito sekä kyky tuoda omaa osaamista oikeissa tilanteissa hyödyntäen myös toisten osaamista. (Ranta 2012, 26—28.) D`Amour ym. (2005, 118—120) korostavat kirjallisuuskatsauksessaan yhteistyön käsitteen ymmärtämisen tärkeyttä määritellen sitä jakamisen, kumppanuuden, vallan, keskinäinen riippuvuuden ja dynaamisen prosessin kautta.

Dialogista työskentelytapaa moniammatillisessa vuorovaikutuksessa tulisi käyttää enemmän. Erilaisia näkökulmia dialogisuuden avulla avattaessa muodostetaan kaikkien eri ammattilaisten ajatuksista ns. yhteinen tarina. Toisten kuunteleminen rinnakkain mahdollistaa kaikille osapuolille tuntemattomien asioiden muuttamisen tiimin yhteiseksi resurssiksi, ja omaa asiantuntijuutta voidaan häivyttää vuorovaikutustilanteissa tarvittaessa taka-alalle. Tällaisella toiminnalla erilaiset äänet pääsevät kuuluviin tarjoten mahdollisuuden muutokseen. (Mönkkönen 2018, 141—142.)

Toimintakykyä edistävä moniammatillinen kotihoito tukee yksilöllistä kotona asumista ollen enemmän kuin yksittäiset kotihoidon suorittamat toimenpiteet tai perinteinen kuntoutuksen ammattilaisten antama lääkinnällinen kuntoutus (Paltamaa ym 2018, 69). Kotihoitoa uudistettaessa rakennetaan jatkuvasti toimintamalleja moniammatillisen yhteistyön tukemiseksi ja asiakkaiden palvelun

tehostamiseksi. Kotihoidossa asiakkaiden avun tarpeen ja saaman avun määrittämisen edellytyksenä on monien alojen asiantuntijoiden yhteistyö, jossa kaikki näkevät asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. (Ikonen 2015, 30—32.)

Kotihoidon työntekijöille tehdyissä tutkimuksissa on selvitetty moniammatillisuuden merkitystä heidän työskentelylleen. Knuutisen (2013, 33) tutkimuksessa asiakkaiden kotona pärjäämisen edellytyksenä pidettiin moniammatillista yhteistyötä. Kuntouttamisen ammattilaisen läsnäoloa tiimipalavereissa pidettiin hoitajien herättelijänä kuntouttavan työotteen tärkeyteen ja asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Käsmän (2011, 51) ja Vuorijärven (2018, 40—41) tutkimuksissa moniammatillisen yhteistyön lisäämiselle nähtiin jopa tarvetta erityisesti kuntoutumissuunnitelmia tehtäessä ja asiakkaiden toimintakykyä arvioitaessa.

## 4.2 Kotihoito toimintaympäristönä

Kotihoidon palveluilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) mukaista kotipalvelua ja terveydenhuoltolain (31.12.2010/1326) mukaista kotisairaanhoitoa. Taustalla on vanhuspalvelulaki (5.§), jonka mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla. Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan elämänhallinnan ja toimintakyvyn tukeminen mahdollistamalla turvallinen ja omatoiminen kotona asuminen. Kotihoidon tukipalveluita ovat mm. ateriat-, kylvytys-, kauppa-, päiväkeskus-, turva- ja pyykinpalvelut. (Ikonen 2015, 17—19.) Kotihoidon ja tukipalveluiden prosessit on nähty tärkeäksi kuvata ja yhdenmukaistaa Kymsotessa (Kymsote 2019a, 30).

Palvelun saaminen perustuu tarveperiaatteeseen, joka pohjaa kuntien määrittelemiin kotihoidon saantikriteereihin. Kriteereiden pohjana toimii asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. (Ikonen 2015, 28.) Kotihoidon palveluiden tarpeen arviointi käynnistetään Kymenlaaksossa kahden viikon mittaisella arviointijaksolla, jonka aikana kartoitetaan kotihoidon henkilökunnan toimesta asiakkaan toimintakyky ja kokonaisvaltainen palvelujen tarve.

Huolen asiakkaan pärjäämättömyydestä voi ilmaista hänen läheisensä tai esimerkiksi ensihoidon työntekijä. Palveluntarpeen arvioinnissa hyödynnetään RAI-mittaristoa. (Reiman 2018, 30.)

Kotihoidon toimintaan liittyy myös kiinteästi valtakunnallisesti vakiintunut sosiaali- ja terveystoimen yhteistoimintamalli eli ns. SAS-toiminta. Kotona pärjäämättömyys aloittaa ikääntyneellä SAS-arviointiprosessin, jota koordinoi asiakasohjaaja. Toiminnan tarkoituksena on vaikuttaa vanhustenhuollon palvelurakenteen oikeaan painotukseen moniammatillisen yhteistoiminnan avulla. (Ikonen 2015, 71.) Arviointijakso kestää 2—4 viikkoa. SAS-arviointijakso voi koostua kotihoidon tehostetuista käynneistä, fysioterapeutin ja/tai toimintaterapeutin käynneistä ja kuntoutussuunnitelmasta sekä tarpeen mukaan lyhytojaksoista. Laaja-alaisen selvityksen tuloksena ja hoidon tarpeen ollessa hyvin korkea ja ympärivuorokautinen, voidaan suosittaa asianmukaisen palvelun turvaamiseksi asiakkaalle myös hoiva- tai hoitopaikkaa. (Kettunen 2018, 40.)

Kotihoito on ollut mukana sosiaali- ja terveysministeriön I&O-kärkihankkeessa Ikä-Opastin-hankkeen kautta vuosina 2016 - 2018. Hankkeen aikana kehitettiin Kymenlaaksoon uusi keskitetty asiakasohjauksen toimintamalli, jossa luotiin myös kriteerit palveluntarpeen arviointia täydentävän asiakassuunnitelman tekemiselle. Tavoitteena oli luoda selkeä toimintamalli, jolla vahvistetaan suunnitelmallista toimintaa ja monialaista työtä. (Kettunen 2018, 38—39.)

Valtakunnallisessa hankkeessa (STM 2019, 32) esitettiin kotihoidon neljä peruspilaria, jotka olivat kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus, ennalta määritelty akuuttitilanteiden toimintamallin määrittely, kuntouttavien toimintamallien laaja-alainen käyttöönotto sekä kotihoidon työntekijöiden mahdollisuus oman työnsä ja johtamisen kehittämiseen (kuva 5).



Kuva 5. Toimivan kotihoidon neljä peruspilaria (STM 2019)

Kotihoidon peruspilareissa tulee esille kuntouttavan työn ja yhteiskehittämisen tärkeys, jota korostan myös omassa opinnäytetyössäni.

#### 4.2.1 Kuntoutusosaaminen yhteistyötä edistämässä

Kuntoutumista tukeva työote on kokonaisvaltainen asiakkaan toimijuutta vahvistava ja elämäntilannetta tarkasteleva lähestymistapa (Niemi ym. 2016, 264). Ammatillaisen asenne kertoo, millaiset arvot ja ihmiskäsitys ohjaavat toimintaa. Kuntoutujaa kunnioittavassa ja asiakaslähtöisessä työskentelyssä on yksittäisen hoitajan valinnoilla ja näkemyksillä suuri merkitys. Työyhteisössä on tärkeää laatia toimintaa ohjaavat linjaukset kuntouttavan työotteen osalta. Arvojen ei tule olla ainoastaan johdon sanelemia käsitteitä, vaan niiden tulee näkyä käytännön toiminnassa. (Laurell ym. 2013, 18–24.)

Pikkarainen (2017) on määritellyt kotona tapahtuvaa kuntoutusta arkikuntoutuksen käsitteen kautta. Arkikuntoutuksessa toiminta rakennetaan asiakkaan omaan toimintaympäristöön ja arkeen hänen ehdoillaan ilman irrallisia tai erillisiä tekoja. Tavoitteena on asumisen turvallisuus sekä jatkuvuuden ja osallisuuden kokemukset osana asiakkaan oman elämänhallintaa. Arkikuntoutuksen voi liittyä myös selkeät prosessikuvaukset aikarajoineen ja arviointeineen. Työntekijältä edellytetään valmiuksia toimia erilaisissa arjen ympäristöissä sekä kykyä liittää kuntoutusmenetelmät ja harjoitteet asiakkaan arkeen soveltuviksi.

Vähäkangas (2010, 84—85) on tutkinut laajasti kuntouttavaan työskentelyyn vaikuttavia tekijöitä. Hänen väitöskirjassaan kuntouttavaa toimintaa kuvataan asiakkaan motivointina, kannustamisena ja palautteen antamisena. Hoitajan oma motivaatio, asiakaslähtöinen ajattelu, sitoutuminen kuntoutusprosessiin sekä laaja-alainen ajattelu kuntoutukseen (psykykinen, fyysinen, sosiaalinen) edesauttoivat kuntouttavan työotteen toteutumista. Yhtenä tärkeänä kuntouttavan työotteen ja ajattelun lähtökohtana pidettiin myös hoitajan uskoa asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin.

Sipiläisen (2016, 69—70) väitöskirjassa hoitajien arvoihin ja asenteisiin liittyvien asioiden nähtiin voimakkaasti vaikuttavan ikääntyvien asiakkaiden kohteluun ja kuntouttavan työotteen käyttöön. Kielteinen suhtautuminen työhön, työntekoon ja vanhuksiin näkyi rutiininomaisena ja liukuhihnamaaisena työskentelynä. Henkilökunnan väsymys, kiire sekä huonot hermot nähtiin jopa vanhusten kaltoinkohtelulle altistavina tekijöinä. Työntekijöiden oman jaksamisen puutteet ja rutiininomainen työskentely vähensivät kuntouttavan työotteen käyttämistä hoitajilla myös Käsmän (2011, 51) tutkimuksessa.

Hoitajan luottaminen omiin kykyihin ja osaaminen on tärkeää kuntouttavan työskentelyn toteutumisessa (Käsmä 2011, 84; Elo ym. 2012). Hoitajien kuntoutusosaaminen muodostui tärkeäksi osatekijäksi kuntouttavassa ajattelussa ja toiminnassa kotihoidossa mm. Käsmän (2011,58) ja Vuorijärven (2018, 47) tutkimuksissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on monialaisen kuntoutuksen tilannekatsauksessa (2015, 21) korostanut asiakkaan kuntoutuksen tarpeen ja mahdollisuuksien tunnistamisen osaamista ja oikea-aikaista reagointia siihen. Raportin mukaan kuntoutusosaamista tulisi parantaa joka sektorilla, ja kaikkien ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutukseen tulisi sisällyttää riittävästi kuntoutustietoutta.

Työntekijöiden kuntoutusosaamista on Kymsoten alueella vahvistettu erilaisilla koulutuskokonaisuuksilla. Kotihoidon henkilökunnasta osa on käynyt työterveyslaitoksen ergonomiakorttikoulutuksen, jossa tarkoituksena on ollut lisätä hoidon laatua ergonomisilla, turvallisilla sekä asiakkaita aktivoivilla siirtotavoilla (Työterveyslaitos 2019). Koulutuksia ovat toteuttaneet ergonomiakorttikouluttajiksi työterveyslaitoksella käyneet fysioterapeutit yhdessä hoitajaparinsa kanssa. Ikäinstituutin hallinnoimaa Vanhus Valmentaja -koulutusta on

myös pidetty henkilökunnalle erityisesti Kotkan alueella. Koulutuskokonaisuu-  
den tavoitteena on ollut antaa tietoa ja taitoa ikääntyneen voima- ja tasapaino-  
harjoittelusta (Ikäinstituutti 2016). Koulutuksesta on vastannut Ikäinstituutilla  
kouluttajaksi opiskellut liikunnanohjaaja.

#### **4.2.2 Esimies kuntoutumisprosessia tukemassa**

Uusia toimintatapoja käyttöönotettaessa lähijohtaja on tärkeässä roolissa hen-  
kilökunnan innostajana, kannustajana ja tukijana, mikä on työyhteisön muu-  
toksen onnistumisen edellytys. Jos toimintamallia kyseenalaistetaan eikä to-  
teuteta, voi taustalla olla lähijohtajan tietämättömyys tai vähäinen kiinnostus  
uuden tavan hyödyistä. Vanhoista jopa passivoivista toimintatavoista eroon  
pääseminen vaatii lähijohtajalta jatkuvaa hoitohenkilöstön tukemista ja työn  
uudelleen organisointia. (Kulmala 2017, 55—56.)

Vähäkankaan (2010, 84—85) väitöskirjassa kuntoutumista edistävän lähijoh-  
tamisen piirteinä korostuivat laajempien kokonaisuuksien hahmottaminen  
sekä yhteisten toimintalinjausten luominen. Johtajan avoin kommunikointi,  
kannustus ja arvostus olivat suorassa yhteydessä hoitohenkilökunnan kun-  
tuttavan työskentelyn toteutumiseen. Esimerkillään lähiesimies tuki sovittujen  
toimintamallien toteutumista ja mieleen palauttamista. Hyvä lähijohtaja tuki  
työntekijöiden jaksamista sekä seurasi aktiivisesti kuntoutumista edistävän toi-  
minnan tuloksia. Liian varovainen työskentely, työn hallitsemattomuus ja vas-  
tuun välttely nähtiin Sipiläisen (2016, 74) väitöskirjassa esimiehen ominai-  
suuksina, jotka jopa altistivat hoitohenkilökuntaa ikääntyvien huonolle kohte-  
lulle.

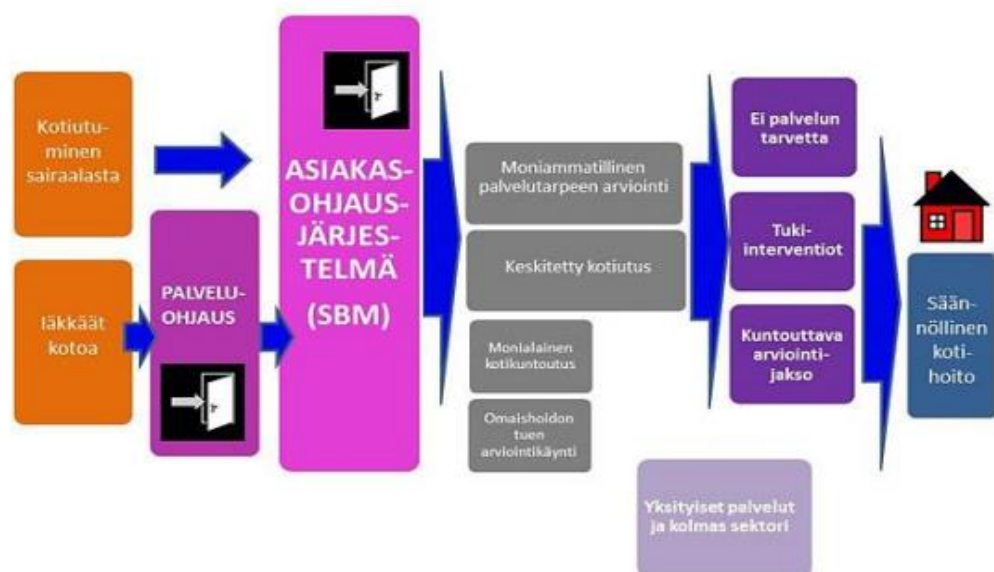
Kotihoidossa työnjaon onnistunut koordinaatio, ammattiosaamisen oikea koh-  
dentaminen ja laadukas esimiestyö lisäävät työn tehokkuutta. Työntekijöiden  
motivoiminen asiakaslähtöisiin toimintatapoihin osoittaa johdon kiinnostuksen  
kotihoidon asiakkaita kohtaan. Haastavat hoito- ja palvelutilanteet ja muutok-  
set vaativat kotihoidon työntekijöiltä jaksamista, jota auttaa esimiehen osallis-  
tuva ja valmentava johtaminen. Kotihoidossa esimiehen on tärkeää myös huo-  
mioida kotona tehtävään työhön liittyvät erityiskysymykset, kuten asiakkaiden

vaativuuden lisääntyminen ja henkilöstön lisäkoulutustarve sekä moniammatillinen yhteistyö ja sen vaikutukset henkilöstön osaamistasoon. (Ikonen 2015, 36—37.)

## 5 KOTIHOIDON KUNTOUTTAVIA TOIMINTAMALLEJA SUOMESSA

Väestön ikääntymisen myötä tarve kotiin vietävien palvelujen ja kuntouttavien työtapojen lisäämisestä ja kehittämisestä kasvaa. Kotikuntoutuksen merkitys osana ikääntyneiden elämänlaatua, hyvinvointia sekä aktiivista ja merkityksellistä elämää kotona on kasvanut. (Paltamaa ym. 2018, 70.) Kotihoitoa ja siellä tapahtuvaa kuntoutustoimintaa on kehitetty viime vuosina useissa hankkeissa ympäri Suomea.

Kotikuntoutusta on kehitetty Eksoten (Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto) alueella osana kotihoidon palveluja jo vuodesta 2010 (kuva 6). Kuntouttava arviointijakso aloitetaan aina, ennen kuin säännöllisen kotihoidon aloittamisen päätös on tehty. Suunnitelma tehdään kuntoutus- ja palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä moniammatillisen tiimin ja kuntoutujan kanssa. Jakson pituus on enintään kuusi viikkoa. Kuntoutustarve ei aina ole ammattilaisen tekemää terapiaa vaan arkisten asioiden harjoittelua kuntouttavan lähihoitajan kanssa. (Viitikko & Lehmus 2017, 24.)



Kuva 6. Iäkkään palveluprosessi Eksotessa vuonna 2017 (Viitikko & Lehmus 2017, 20)



Eksoten kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on, että yli puolet kuntoutujista pärjää ilman säännöllistä kotihoidon tarvetta jakson jälkeen. Viime vuosina kotikuntoutukseen on palkattu lisää fysio- ja toimintaterapeutteja. Kotihoidon kuntoutusosaaminen on lisääntynyt koulutuksen, yhdessä tekemisen ja jatkuvan perehdytyksen kautta. Toimintamallin avulla kuntoutustarve on voitu asiakkailta arvioida riittävän aikaisessa vaiheessa. Kehittämällä kotiin vietäviä palveluita laitoshoidon on alueella saatu purettua ja kotihoidon uusien asiakkuuksien määrä on alentunut. (Viitikko & Lehmus 2017 26—27.)

Kotihoito 2020 -hankkeessa vuonna 2014 kehitettiin ennaltaehkäisevän kuntouttavan tuen toimintamalli myös Ylä-Savossa. Mallissa korostettiin kuntoutushenkilöstön ja kotihoidon työntekijöiden tiivistä yhteistyötä sekä kotihoidon kuntouttavan ja toimintakykyä tukevan työotteen käyttöä. Pilotoinnin jälkeen ja arviointikyselyn mukaan kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaaminen hankkeen aikana lisääntyi. Hankkeessa hoito- ja palvelusuunnitelmista tehtiin tavoitteellisempia sisältäen kuntoutussuunnitelman. Suunnitelman tavoitteet asetettiin GAS (Goal Attainment Scaling) -menetelmää käyttäen. Suunnitelmaan kirjattiin toimintakyvyn rajoitteet, kuntoutuksen tavoitteet ja toimenpiteet. Toimintatapa lisäsi asiakkaiden motivaatiota oman kuntonsa ylläpitoon. (Teikes 2014 45, 48.)

Kelan kuntoutuksessa GAS-menetelmän käyttö on yleistä. Sukulan ja Vainiemen (2016, 6) Kelan kuntoutukseen tekemän GAS-menetelmä-käsikirjan mukaan GAS-tavoitteiden laatimisen avulla voidaan luoda tarkat tavoitteet kuntoutukselle yhdessä kuntoutujan kanssa. Menetelmän avulla saadaan selkeitä, tunnistettavia ja merkityksellisiä muutoksia asiakkaan elämässään.

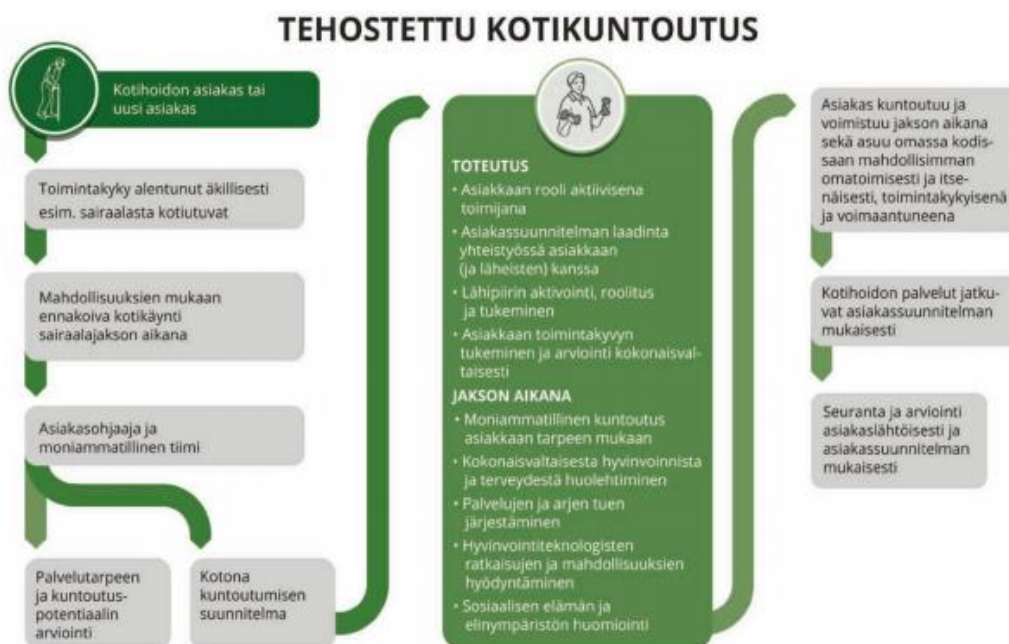
Kukoistava kotihoito -hanke oli yksi hallituksen ja omaishoidon kehittämisen kärkihankkeista Keski-Suomessa vuosina 2016—2018. Yksi kehittämiskokonaisuuksista hankkeessa oli kotihoitoa edeltävä 4 viikon pituinen kuntouttava arviointijakso (kuva 7). Mallissa toteutettiin asiakkaalle moniammatillinen ja asiakaslähtöinen alkuarviointi ICF-viitekehyksen mukaisesti. Kuntouttavan arviointijakson ajatuksena oli varhainen toimintakyvyn tukeminen. (Janhunen & Paltamaa ym. 2018, 48—49.)



Kuva 7. Kuntouttava arviointijakso-toimintamalli (Janhunen ym. 2018, 49)

Kuntouttavan arviointijakson hyötyjä kirjattiin Kukoistava kotihoito -hankkeen aikana kotihoidossa paljon. Asiakkaan näkökulmasta usko kotona pärjäämiseen lisääntyi sekä omien voimavarojen tunnistus ja käyttöön ottaminen helpottuivat. Henkilöstön työn sisältö monipuolistui, työn mielekkyys lisääntyi ja työ kevenyi. Samalla työntekijöiden tiimityö vahvistui ja osaaminen lisääntyi. Organisatorisesti merkittävimmät kuntouttavan arviointijakson hyödyt olivat kustannushyötyjä, kuten kotihoitoon käyntimäärien ja kestojen vähentyminen sekä henkilökunnan pysyvyys ja kehittämismyönteisyyden lisääntyminen. (Janhunen & Paltamaa 2018, 52.)

Tehostettu 4–8 viikon mittainen kotikuntoutus oli myös uusi kotihoidossa käyttöön otettu malli Kukoistava kotihoito -hankkeessa (kuva 8). Malli kohdennettiin äkillisen yleistilan laskun kokeneille selkeään kuntoutuspotentiaalin omaaville asiakkaille. Hyötyinä tehostetussa kotikuntoutuksen mallissa nähtiin henkilöstön moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen, mikä toi mielekkyyttä ja tavoitteellisuutta työn tekemiseen. Organisatorisesti palvelujen tuottamisen tarve ja käyntimäärät mallin avulla vähenivät sekä laitokseen muuttaminen siirtyi myöhemmäksi. (Janhunen & Juntunen ym. 2018, 60, 62.)



Kuva 8. Tehostettu kotikuntoutus -toimintamalli (Janhunen ym. 2018, 60)

Jokaisessa hankkeessa mukailtiin sosiaali- ja terveysministeriön uudistamiskomitean (2017b, 59—60) raportissaan suosittamaa ikääntyvien kuntoutumisprosessia. Raportin mukaan jokaisen maakunnan tulisi lisätä moniammatillinen työtapa ja keskitetyn asiakasohjauksen kautta tapahtuva varhainen kuntoutuksen tarpeisiin puuttuminen osaksi ikääntyneiden asiakasohjausprosessia.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kotona asuvien ikääntyneiden kuntoutumisen tukeminen ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen Kymsoten kotihoidossa. Tarkoituksena oli kehittää ikääntyneiden kuntoutumista tukeva moniammatillinen toimintamalli kotihoitoon. Ohessa työelämän kehittämiseen liittyvät tutkimuskysymykset:

1. Millainen toimintamalli ohjaa tällä hetkellä ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa ja mitä haasteita siinä esiintyy?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö tukee tällä hetkellä ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa ja mitä haasteita siinä esiintyy?

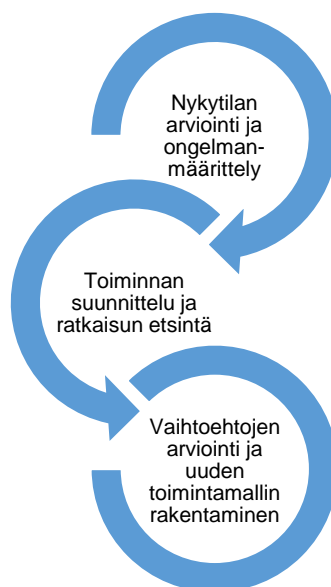
3. Millainen moniammatillinen toimintamalli tukisi ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa?
4. Millainen toimintamalli olisi moniammatillisesti toteutettavissa Kymsoten kotihoidossa?

## **7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TULOKSIA**

Valitsemani tutkimuksellinen lähestymistapa tässä opinnäytetyössä oli toimintatutkimus. Toimintatutkimukseen liittyy kiinteästi tutkiminen ja yritys muuttaa vallitsevia käytäntöjä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Toimintatutkimus kuvaa systemaattista käytännön työskentelyä, jonka tavoitteena on ratkaista ongelmia tai antaa vastauksia tärkeisiin työelämän kysymyksiin. Toimintatutkimus on demokraattinen tapa kehittää työyhteisöä. Sen mukaan työelämää voi kehittää vain ymmärtämällä ja selvittämällä tilanteet, joissa ongelmat esiintyvät. (Willis & Edwards 2014,10—11)

Toimintatutkimuksessa jokainen vaihe toteutetaan järjestelmällisesti muodostaen ns. syklin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Vaiheittaisuus helpotti myös tämän opinnäytetyön etenemistä. Aikaisemmat tulokset toimivat pohjana seuraavaan kehittämisvaiheeseen siirryttäessä. Toteutin opinnäytetyössäni yhden toimintatutkimuksen syklin, jossa oli nykytilan arviointi ja ongelman määrittely, toiminnan suunnittelu ja ratkaisun etsintä sekä vaihtoehtojen arviointi ja uuden toimintamallin luominen (kuva 9).



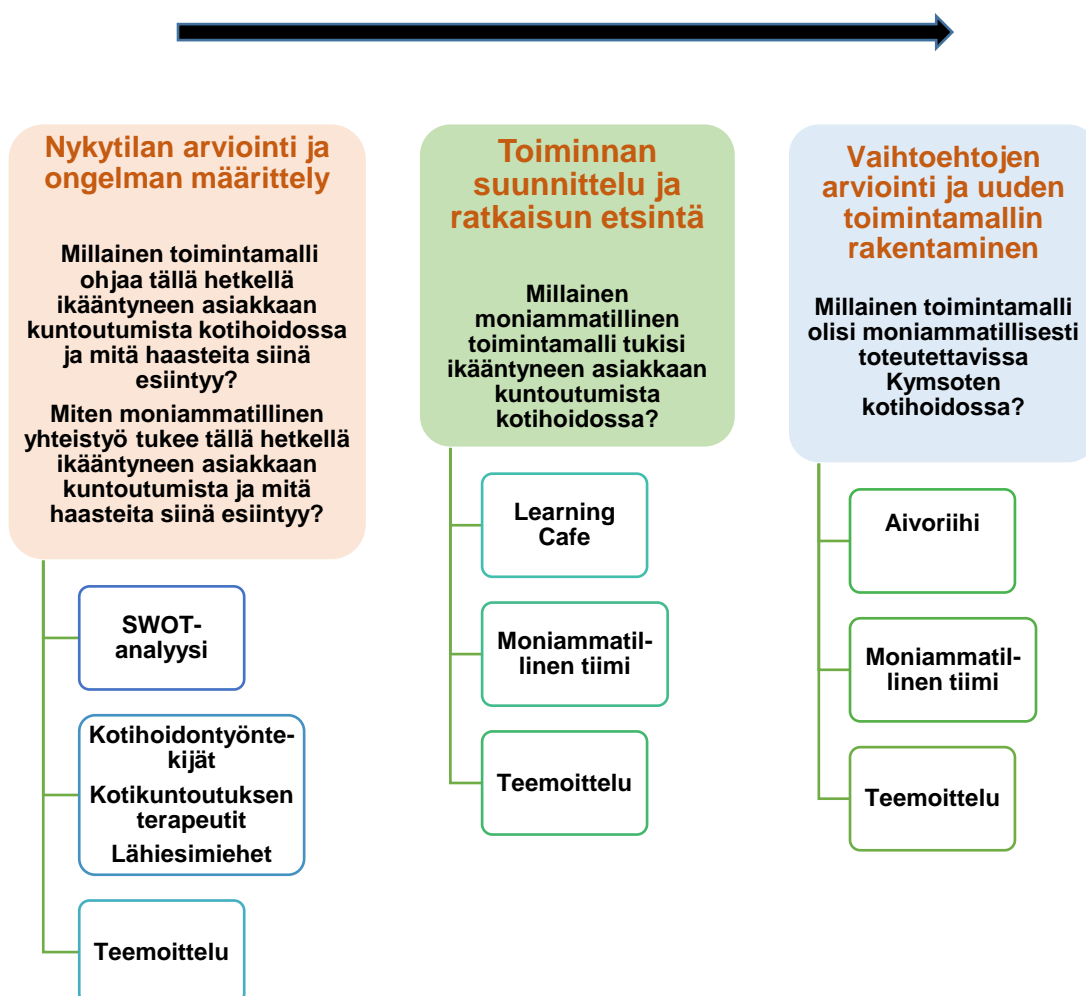
Kuva 9. Toimintatutkimuksen vaiheet (mukaillen Rothwell 1999, Kananen 2014, 35 mukaan)

Toimintatutkimukseen kuuluu ongelmien tarkka selvittäminen ja niiden teoreettinen tarkastelu (Willis & Edwards 2014, 14). Ongelman määrittäminen tulee tehdä monesta näkökulmasta, johon tarvitaan tietoa. Toiminnan onnistuminen edellyttää todellisen ongelman löytämistä. (Kananen 2014, 35—36.) Yksi toimintatutkimuksen ongelman ratkaisumalli on ns. tulkitseva näkökulma, joka pyrkii paikalliseen ongelman ratkaisuun tietyssä toimintaympäristössä (Willis & Edwards 2014, 28). Omassa opinnäytetyössäni käytin myös tulkitsevää näkökulmaa, jossa työyhteisön toiminnassa esiin tuodut ongelmat olen pyrkinyt ratkaisemaan moniammatillisessa yhteistyössä juuri kyseisessä toimintaympäristössä.

Toimintatutkimuksen voima kumpuaa tutkittavien toiminnasta ja yhteisesti tehdyistä ratkaisuista (Kananen 2014, 11; O'Brien 1998, 2). Suojasen (2004) mukaan ulkopuolelta tulevat toiminnan ratkaisut eivät mahdollista todellista muutosta ja työntekijöiden henkistä kasvua. Tutkija tuo ulkopuolisen näkökulman ja teoreettisen tiedon helpottaakseen ongelman ratkaisuja (Moilanen ym. 2009, 58). Toimintatutkimuksen avulla tuotetaan aineistoa ja uutta ainutlaatuista tutkimuksellista tietoa mm. kohderyhmän asenteista, valtarakenteista ja työkuultuureista. Tutkimuksen onnistuminen ja uusien toimintatapojen jalkautuminen vaativat sitoutuneen johdon ja vastuulliset toimijat. (Ojasalo ym. 2009, 59—60.)

Toimintatutkimus on yleensä laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Osallistavana tutkimuksena yhteiskehittämisen menetelmät tarjoilevat luontevimman keinon päästä käsiksi osallistujien ns. hiljaiseen tietoon ja kokemukseen. (Ojasalo 2009, 61—62; Kananen 2014, 77.) Toimintatutkimuksessa tutkittavat ja tutkija ovat koko prosessin ajan tasa-arvoisia ja aktiivisia osallistujia (Ojasalo ym. 2009, 59—60). Tutkijana olin myös itse kehittämistyöpajoissa mukana toimien ohjaajana ryhmätyöskentelyjen ajan. Laadullisia menetelmiä käyttämällä muodostin ymmärrykseni tutkittavasta asiasta.

Seuraavissa luvuissa esittelen erilaiset yhteiskehittämistä tukevat aineiston keräämisen menetelmät ja niistä saadut tulokset toimintatutkimukseni eri vaiheissa (kuva 10).



Kuva 10. Toimintatutkimukseni vaiheet sekä aineistonkeräämisen ja analysoinnin menetelmät

Perustelen myös aineiston analyysimenetelmien valinnan. Jokaisessa kehittämisvaiheessa peilaan saamiani tuloksia eri vaiheisiin asetettuihin kysymyksiin, jotka luovat pohjaa aina opinnäytetyön seuraavaan vaiheeseen siirtymisessä.

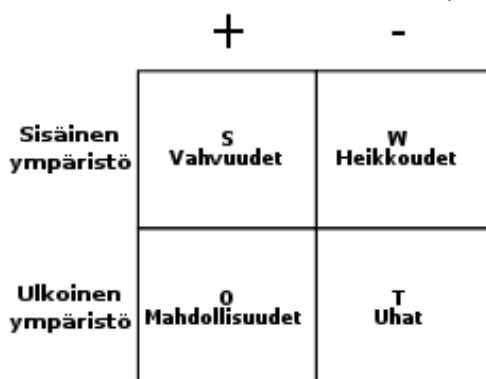
## 7.1 Nykytilan arviointi

Tavoitteena toimintatutkimukseni nykytilan arviointivaiheessa oli ymmärtää ja selvittää tilanteet, joissa toiminnan ongelmat esiintyvät. Tässä vaiheessa hain vastauksia kysymyksiin: ”Millainen toimintamalli ohjaa tällä hetkellä ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa ja mitä haasteita siinä esiintyy?” sekä ”Miten moniammatillinen yhteistyö tukee tällä hetkellä ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa ja mitä haasteita siinä esiintyy?”.

Valitsin alkukartoitukseen **SWOT-analyysin**. Analyysin tavoitteena oli antaa mahdollisimman kattava kuva tämänhetkisen toiminnan haasteista ja vahvuuksista. Menetelmän avulla tutkimuksen osallistujat joutuivat myös pohtimaan toimintaa laajemmin mahdollisuuksien ja uhkien näkökulmasta.

### 7.1.1 Ongelman määrittely ja SWOT-analyysin tulokset

SWOT-menetelmä tulee englanninkielisistä sanoista Strength (vahvuudet), Weakness (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (Uhat) (kuva 11). Menetelmän tiedetään laajasti auttavan niin organisaation kuin yksilöidenkin toiminnan strategian määrittämisessä. (Teoli & An 2019.) SWOT-analyysin tavoitteena on kuvata yksittäisen ajankohdan sisäiset ja ulkoiset näkökulmat muodostaen selkeä kuvaus toiminnasta (Innokylä 2013).



Kuva 11. SWOT-analyysin nelikentät

Menetelmän avulla vertaillaan toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia ympäristön luomiin uhkiin ja mahdollisuuksiin. Sisäisiä asioita ovat käsillä olevat vahvuudet ja heikkoudet. (Vuorinen 2013, 88.) Nykytilan arvioinnin lisäksi voi tarkastella myös tulevaisuuden kehityssuuntia. Organisaation ulkopuolelta tuleviin mahdollisuuksiin ja uhkatekijöihin voi peilata senhetkisiä toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia. (Puusa ym. 2012, 49.) Organisaatiossa voimavarat sekä toimintaympäristön kehittyminen nostetaan menetelmän avulla näkyville ja toimenpidemäärittelyä varten. Uhkat tulee kuitenkin tunnistaa rehellisesti ja aidosti toimintaa kehitettäessä. (Leskinen & Hult 2010, 96.) Analyysissä on tärkeää tehdä aina johtopäätökset edeten mahdollisiin toimenpiteisiin (Viitala & Jylhä 2013, 49—50).

Ennen SWOT-analyysin aloittamista pidin Skypea avulla kaksi infotilaisuutta tulevasta toimintatutkimuksesta. Kotihoidon esimiehet Kymsoten alueella sekä Koti-, asumis- ja hoivapalveluiden johto olivat tyytyväisiä kotihoidon kehittämishankkeen etenemisestä. Uuden toimintamallin luomista Kymsoten kotihoitoon haluttiin seurata tarkasti.

Näkökulmia nykytilanteeseen kartoitin jokaiselta ammattiryhmältä. Vallitsevan viruspidemian (Covid -19) vuoksi toteutin SWOT-analyysin kirjallisena (ks. liitteet 1 ja 2). Lähetin kyselyn Kymsoten käytössä olevan Webropol -järjestelmän kautta sähköpostiin 30 kuntoutusvastaavalle hoitajalle (lähihoitajia ja sairaanhoitajia) ja yhdeksälle (9) lähiesimiehelle kotihoitoon. Kahdeksan fysioterapeuttia (8), kaksi (2) toimintaterapeuttia ja heidän lähiesimiehensä kotikuntoutuksesta saivat myös SWOT-analyysin täytettäväksi. Yhteensä kyselyn vastaanottajia oli 50 henkilöä. Tarkoituksena oli saada vastauksia mahdollisimman laajalta alueelta Kymenlaaksosta, joten vastaanottajat olivat valikoituneet eri tiimeistä.

Lähetin kyselyn toukokuun loppupuolella, jolloin Kymsoten Koti-, asumis- ja hoivapalveluiden johtajaylihoitaja oli hyväksynyt tutkimuslupa-anomukseni (ks. liite 4). Vastausaikaa oli reilut kaksi viikkoa. Määräaikaan mennessä vastauksia oli tullut hyvin niukasti. Neuvoteltuani Kymsoten kehittämiskoordinaattorin (työelämäohjaajani) kanssa laitoin kyselyyn vastaamiseen vielä viikon lisäajan. Vetosin uudessa sähköpostissa nykytilan kartoittamisen tärkeyteen uutta



toimintamallia kehitettäessä sekä jokaisen mahdollisuuden osallistua kehittämistyöhön yhdessä. Alkukartoitukseen vastasi lopulta 26 % kyselyn saaneista. SWOT-analyysiin vastaajia sain jokaisesta ammattiryhmästä. Vastanneista kuusi (6) oli toimintaterapeutteja / fysioterapeutteja, neljä (4) lähihoitajia/sairaanhoitajia ja kolme (3) lähiesimiehiä.

Kirjoitin sanatarkasti vastaajien ajatukset SWOT:n nelikenttiin tarkasteltaviksi. Analysoitavia aihealueita oli kaksi. Toisessa tarkastelun kohteena oli nykyinen ikääntyneiden kuntoutumista ohjaava toimintamalli kotihoidossa ja toisessa moniammatillisen yhteistyön sujuminen ikääntyneen kuntoutumisprosessissa. Jokaiseen esitettyyn kysymykseen eivät kaikki vastaajat olleet antaneet mieltäpidettään. Vastaukset olivat yksittäisiä lauseita tai useamman virkkeen kokonaisuuksia.

Aineistoa on luontevaa käsitellä, kun tutkittava asia on teemoiteltu valmiiksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Yhdistelin SWOT -analyysin eri nelikenttien sisällä olevia samankaltaisia esille tuotuja asioita keskenään muodostaen niistä teemoja (ks. liite 5). Käytin erivärisiä kyniä merkiten samankaltaiset vastaukset aina tietyllä värillä, mikä helpotti teemojen löytämistä. Vastauksien aiheet pysyivät hyvin annetuissa kysymyksissä.

**Ikääntyneen kuntoutumista ohjaavassa toimintamallissa vahvuuksia** näki yhdeksän (9) vastaajista. Esille nostettiin moniammatillinen toiminta, hoito- ja palvelusuunnitelmat ja asiakaslähtöinen ajattelu. Vastaajat näkivät tärkeäksi toisten ammattiryhmien osaamisen hyödyntämisen mm. asiakkaan apuvälineiden tarpeen arvioinnissa. Vahvuutena nähtiin myös asiakkaan toimintakyvyn kartoituksessa käytetty Rai-arviointi sekä toiminnan pohjalle asiakkaille tehtävä Hopasu (hoito- ja palvelusuunnitelma). Asiakaslähtöistä ajattelua ja asiakkaiden elämänlaadun parantamista pidettiin myös toiminnan vahvuutena.

*”On RAI ja Hopasu ja niiden pohjalta toimitaan”*

**Heikkouksia** toimintamallista löysi kymmenen (10) vastaajista. Esille nousivat kuntoutumistarpeen myöhäinen havaitseminen, kuntoutumissuunnitelmien puuttuminen, arkikuntoutuksen vähäisyys ja asiakkaiden sitoutumattomuus

kuntoutumisprosessiin ja kuntoutumisen seurannan yksipuolisuus. Oikea-aikaisuutta kuntoutumistarpeen arvioinnissa usein toteutui liian myöhäisessä vaiheessa tai sitä ei tapahtunut joidenkin asiakkaiden kohdalla lainkaan.

*”Kuntoutuksen ammattilainen kutsutaan paikalle ikään kuin viimeisenä oljenkortena...”*

Kuntoutumisen suunnittelu oli puutteellista tai suunnitelmat puuttuivat usein kokonaan. Arkikuntoutus koettiin tärkeäksi, mutta vastaajien kokeman resurssipulan ja arjen kiireen vuoksi se jäi vähäiseksi. Kuntouttavan työskentelyn toteutumiseen nähtiin esimiehen kannustuksella olevan suuri merkitys. Kuntoutusta vaikeutti myös asiakkaiden heikko kuntoutusmotivaatio, ja kuntoutumisen seuranta tuntui jäävän yksipuolisesti vain kotihoidon harteille.

*”Suunnitelmissa osittain hankaluutta, jos on kiire kotihoidossa ne jäävät tekemättä”*

*”Täysin esimiehistä riippuu, miten kuntouttavaa työtä tehdään”*

**Mahdollisuuksina** nykyisessä toimintamallissa nähtiin asiakaslähtöisyyden lisääntyminen, kuntoutumissuunnitelmien tekeminen ja asiakkaiden kuntoutumisen tehostuminen. Tähän kysymykseen vastasi seitsemän (7) henkilöä. Moniammatillisen toiminnan ja hyvän yhteistyön nähtiin lisäävän tietoa asiakkaan tarpeista. Hyvien hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemistä pidettiin kuntoutumisen mahdollistajana. Asiakkaiden omien toiveiden kuulemisen koettiin parantavan kuntoutumisen mahdollisuuksia ja palvelun tarpeen vähenemistä.

*”Tehdään kunnon Hopasu, jossa varataan kaikille asiakkaille aikaa kuntoutumiseen ja aikaa ei LYHENNETÄ, ei kenenkään toimesta”*

*”Ikääntyneen omatoimisuuden lisääntyessä kotihoidon palvelun tarve vähenee”*

**Uhkia** nykyisessä kuntoutumista ohjaavassa toimintamallissa näki vastaajista seitsemän (7). Teemoina tuli esille kuntoutumistarpeen havaitsemattomuus,

asiakkaiden passivoituminen ja toimintakyvyn heikkeneminen. Asiakkaan oikea-aikaisen kuntoutumistarpeen arvioinnin koettiin jäävän nykyisellä toimintamallilla puutteelliseksi. Asiakkaiden koettiin passivoituvan ja toimintakyvyn ennakoiitiin yhä heikkenevän. Nykyisen toimintamallin ei nähty kohentavan riittävästi asiakkaiden toimintakykyä, ja kuntoutukseen sitoutumisen koettiin hankaloituvan entisestään.

*”Asiakkaan kuntoutustarve jää huomiotta...”*

*”Kotona asuvat ihmiset koko ajan huonokuntoisempia”*

**Moniammatillisen yhteistyön sujumisen vahvuuksia** näki vastaajista yhdeksän (9). Keskeisenä teemana nousi monipuolinen tieto. Useamman ammattilaisen tiedon yhdistäminen asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa koettiin monen vastaajan mielestä täydentävänä ja helpottavana työn tekemistä. Asiakkaiden tarpeiden koettiin toteutuvan paremmin, mikä lisäsi asiakaslähteisistä työskentelyä.

*”Kun saa eri osajien mielipiteet, on helpompi työskennellä”*

*”Asiakkaan tarpeet tulevat huomioitua kokonaisvaltaisesti”*

Moniammatillisessa yhteistyössä **heikkouksia** näki vastaajista yhdeksän (9). Erityisesti otettiin esille yhteisen ajan vähäisyys, heikko tiedonkulku ja sitoutumattomuus yhteiseen tekemiseen. Yhteisten palavereiden puute kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden kanssa oli ongelma, ja kunkin ammattiryhmän nähtiin toimivan toisistaan erillään. Erillään työskenteleminen vaikeutti tiedonkulkua heijastuen koko asiakkaan kuntoutumisprosessiin. Moniammatillista yhteistyötä hankaloittavana tekijänä pidettiin myös laitosmaista ajattelua, jossa ”jokainen hoitaa vain oman työnsä”.

*”Meillä ei ole yhteisiä palavereita, joissa käydä läpi asiakkaan kuntoutusprosessia”*

*”...ei kuulu minulle se, ja se tehtävä ...”*

Moniammatillinen yhteistyö oli erittäin tärkeää ja siinä **mahdollisuuksia** näki yhdeksän (9) vastaajista. Keskeisinä teemoina nousi tiedon monipuolistuminen ja sitoutuminen yhteiseen tekemiseen. Moniammatillisuus asiakkaan kuntoutumisprosessissa nähtiin täydentävänä ja asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksia lisäävänä. Työskentelyn koettiin helpottuvan ja vastuun asiakkaan kuntoutumisesta lisääntyvän. Moniammatillisen yhteistyön lisääntymisen myötä myös kuntouttavan hoitotyön ja ergonomisten työtapojen käytön koettiin lisääntyvän.

*”Moniammatillinen tiimi näkee asiakkaan eri näkökulmista, jotka kuitenkin täydentävät toisiaan”*

*”Arvion jälkeen toteutus ei jää satunnaisen toimijan varaan...”*

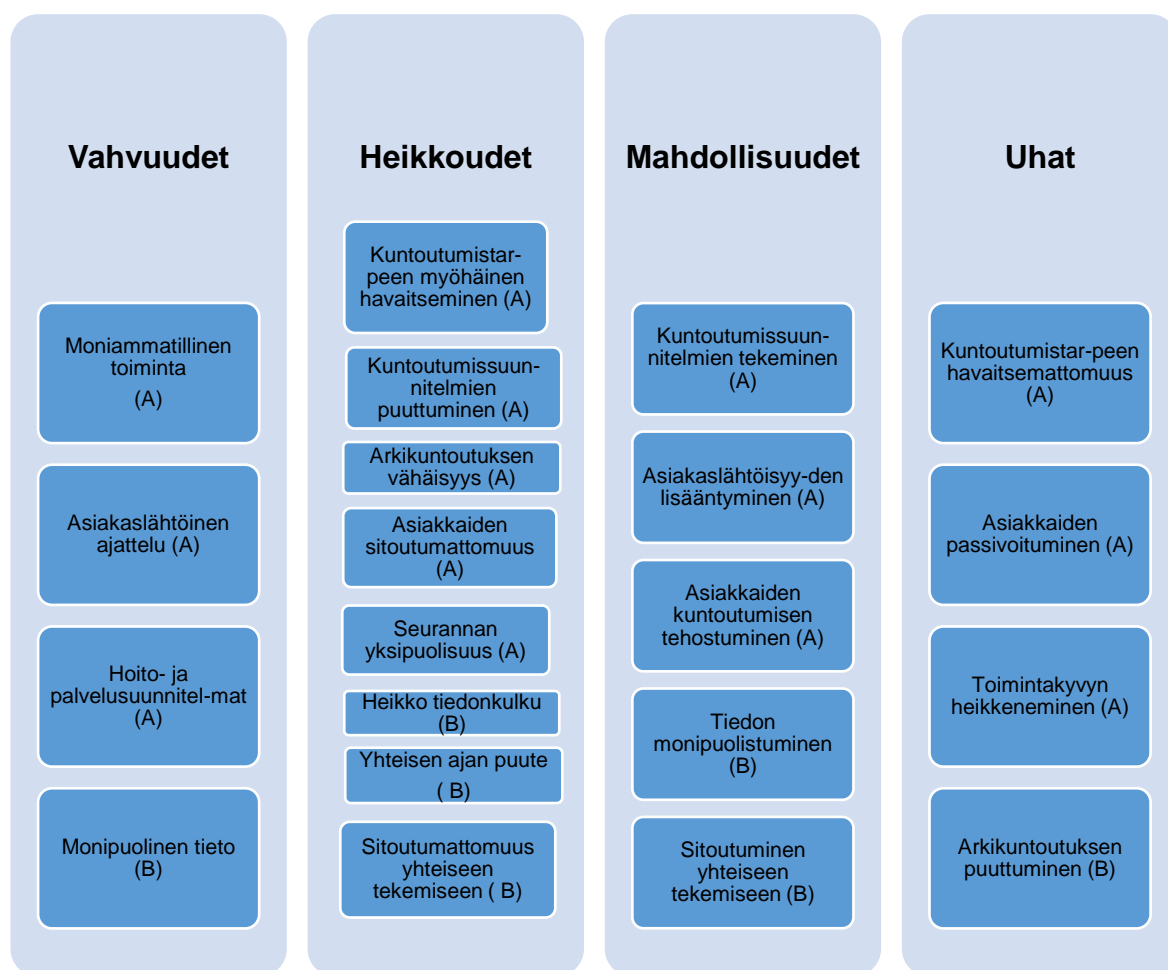
**Uhkia** moniammatillisessa yhteistyössä vastaajista näki viisi (5). Keskeisimpänä teemana nousi arkikuntoutuksen vähäisyys.

*” Kuntoutuksen jääminen kotihoidon päivittäisen kiireen johdosta vähäiselle”*

Kuntoutuksen jäädessä vain yhden toimijan varaan ja kiireen alle sen toteutuminen nähtiin vähäiseksi. Yhteisen toiminnan puuttuminen vähensi asiakkaiden kuntoutumisen mahdollisuuksia

### 7.1.2 Yhteenveto Swot- analyysin tuloksista

Yhdistin SWOT -analyysin otsikkoon molemmissa nelikentissä esiintyneet teemat yhdeksi kokonaisuudeksi helpottaakseni yleiskuvan saamista nykyisen toimintamallin sujuvuudesta (kuva 12). Ikääntyneen kuntoutumista ohjaavan toimintamallin teemat merkitsin kuvaan A-kirjaimella. Moniammatillinen yhteistyö asiakkaan kuntoutumisprosessissa ja siitä nousseet keskeiset teemat olen erotellut kirjaimella B.



Kuva 12. Nykyisen toimintamallin ja moniammatillisen yhteistyön arvioinnin tulokset SWOT-analyysinä

Nykyisen toimintamallin sisäisiä ja käsillä olevia tekijöitä oli useita. Vahvuuksina nähtiin asiakaslähtöinen ajattelu ja hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotka antoivat hyvän kuvan asiakkaiden hoidontarpeista. Moniammatillisuus tiimeissä oli voimavara, jonka nähtiin helpottavan monipuolisen tiedon saamista asiakkaista. Asiakkaiden heikko kuntoutusmotivaatio ja tiedon kulun ongelmat vaikeuttivat kuitenkin kuntoutumisprosessia. Oikea-aikaisuus kuntoutumisprosessin aloituksessa usein ontui, ja kuntoutumissuunnitelmia tehtiin liian vähän asiakkaille. Arkikuntoutuksen vähäisyyttä, sitoutumattomuutta yhteiseen tekemiseen ja yhteisen ajan puutetta pidettiin myös nykyisen toiminnan heikkouksina.

Ulkoisia tekijöitä ja tulevaisuuden kehityssuuntia oli myös nähtävillä. Tehtävät kuntoutuksisuunnitelmat nähtiin mahdollisuutena liittää nykyisiin palvelusuunnitelmiin. Toimivan moniammatillisen yhteistyön nähtiin monipuolistavan tiedonkulkua ja sitouttavan työntekijät paremmin asiakkaan kuntoutumisprosessiin, josta tuloksena olisivat tehokkaammat ja asiakaslähtoisemmät kuntoutuspalvelut. Uhkana nykyisellä toimintamallilla jatkettaessa oli kuitenkin asiakkaan kuntoutumistarpeen jääminen kokonaan havaitsematta sekä arkikuntoutuksen puuttuminen, josta seurauksena olisi asiakkaiden passivoituminen ja toimintakyvyn heikkeneminen.

## 7.2 Toiminnan suunnittelu

Toimintatutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kartoittamani toiminnan haasteet ja mahdollisuudet muodostivat pohjan toiminnan suunnitteluvaiheeseen siirryttäessä. Suojanen (2004) kuvaa prosessia taustatietoihin perehtymisen jälkeen kokemusten systemaattiseksi keräämiseksi, analysoimiseksi ja raportoinniksi. Suunnitteluvaihe alkoi kehittämistiimin kokoamisella. Aineiston keräämiseen käytin ketterän kehittämisen menetelmää **Learning cafe**, jossa lähtökohtana oli tutkittavien osallistaminen uudella innovoivalla tavalla. Tässä vaiheessa haettiin vastausta kysymykseen: ”Millainen moniammatillinen toimintamalli tukisi ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista kotihoidossa?”

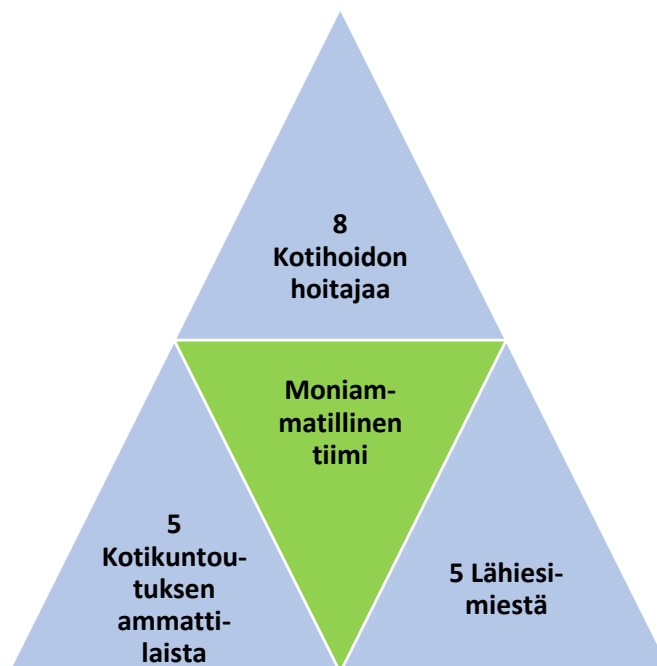
### 7.2.1 Kehittämistiimin kokoaminen

Saaduista SWOT-analyysin tuloksista pidimme Skype-palaverin työelämäohjaajieni kanssa 7/2020. Mukana olivat koti-, asumis- ja hoiva-alueen kehittämiskoordinaattori sekä kotihoidon palvelualuepäällikkö. Saatujen tulosten todettiin olevan riittävän monipuoliset ja antavan hyvän kuvan nykyisen toimintamallin kehittämiskohteista.

Kymsoten alue on jaettu maantieteellisiin A-, B-, C- ja D-alueisiin. Aluejakoa mukailten kotihoidon ja kotikuntoutuksen lähiesimiehiä pyydettiin kartoittamaan eri puolilta Kymenlaaksoa halukkaat alaisensa tulevaan kehittämistiimiin ja nimeämään heille ns. varahenkilöt. Hoitajista pyydettiin mukaan sekä kuntoutusvastaavia hoitajia että ns. rivihoitajia. Lähiesimiehille ei nimetty varahenkilöitä. Kehittämistiimiin valikoitiin osallistujat alkukartoitukseen osallistuneiden

työntekijöiden joukosta. Samalla tavalla toimittiin kotikuntoutuksen puolella. Myös kotihoidon palveluesimiehet ja kotikuntoutuksen esimies kutsuttiin mukaan työryhmään.

Työpajat sovittiin heti alkusyksyyn. Tieto työpajoista välitettiin Kymsoten kehittämissympäristö Bigroomin kautta. Sain esimiesten keräämän listan halukkaista alaisistaan, jotka osallistuivat kehittämistiimiin (kuva 13).



Kuva 13. Moniammatilliseen kehittämistiimiin osallistujat

Osallistujat olivat sovitusti eri puolilta Kymenlaaksoa, jotta kokemukset ja näkökulmat saataisiin mahdollisimman kattavasti. Osallistujia oli yhteensä 18, joista neljä (4) oli kuntoutusvastaavaa hoitajaa, neljä (4) lähi-/sairaanhoitajaa, viisi (5) fysio- /toimintaterapeuttia ja neljä (4) kotihoidon lähiesimiestä sekä yksi (1) kotikuntoutuksen esimies.

### 7.2.2 Ratkaisun etsintä ja Learning Cafen tulokset

Learning Cafe on toiselta nimeltään oppimiskahvila. Tavoitteena tässä vaiheessa oli luoda pohjaa uuden kuntouttavan toimintamallin ideoinnille. Learning Cafen avulla voidaan keskustella, luoda uutta tietoa ja jakaa sitä. Menetelmä soveltuu suurillekin ryhmille, jolloin ryhmä jaetaan pienempiin ryhmiin pohtimaan annettuja aiheita. (Innokylä 2017.) Pienryhmätoiminta mahdollisesti jokaisen osallistujan mielipiteen kuulumisen. Osallistavaa menetelmää

käyttämällä tavoitteeni oli laajentaa kehittämistyön näkökulmaa ja päästä kohderyhmän kokemukseen ja ns. hiljaisen tietoon. Tärkeää Learning Cafe -menetelmässä on ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen käsiteltävästä aiheesta (mts. 2017).

Ensimmäiseen moniammatillisen tiimin kokoontumiseen 8/2020 pääsi mukaan 13 henkilöä. Heistä hoitajia oli neljä (4), fysioterapeutteja neljä (4) ja lähiesimiehiä neljä (4). Lisäksi työryhmässä oli kotihoidon ja tukipalveluiden palvelualuepäällikkö. Aiheen käsittelyyn oli aikaa kolme tuntia, ja aiheesta pysymiseksi olin tehnyt aikataulun alustukselle, ryhmätyöskentelylle ja tuotosten läpikäymiselle. Jaoin osallistujat neljään moniammatilliseen ryhmään.

Työpajan kysymykset jaoin asiakkaan kuntoutumisprosessin vaiheiden mukaan (ks. kuva 3 s. 10). Tavoitteena oli saada vastaus siihen, millainen toimintamalli tukisi ikääntyneen asiakkaan kuntoutumista. Learning Cafe -pöydissä käsittelyssä olivat siis kuntoutumistarpeen arviointi, kuntoutumisprosessin suunnittelu, kuntoutuksen toteutus ja kuntoutumisen seuranta. Pyysin osallistujia huomioimaan jokaisessa vaiheessa moniammatillisen toiminnan sekä esimiehen roolin kuntoutumisprosessia edistämässä.

Jokainen ryhmä työskenteli 10 minuuttia yhdessä pöydässä vaihtaen sitten paikkaa. Jokaisesta pöydästä valittu puheenjohtaja/kirjuri pysyi paikallaan esitellen aina seuraavalle pöytäryhmälle edelliset tuotokset. Puheenjohtajat esittelivät lopuksi pöytäryhmien tuotokset luokan edessä, jolloin avattiin yleisesti keskustellen ja tarkentaen esille nostettuja aiheita. Tiimille sopi, että nauhoitin loppukeskustelun helpottaakseni itselleni tuotosten analysointia jälkeenpäin.

Otin valokuvat kaikkien pöytien tuotoksista ja kirjoitin ne itselleni word-tiedostona sanatarkasti puhtaaksi. Keräsin jokaisen kuntoutumisprosessin vaiheen alla esille nostetut asiat lähempään tarkasteluun. Etsin samaa aihetta käsitteleviä asioita eri kuntoutumisprosessin vaiheissa merkiten niitä erivärisillä kynillä selvennykseksi. Jokaisen vaiheen alle saadut teemat helpottivat kokonais kuvan saamista ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa tärkeiksi nähdystä asioista (kuva 14).





Kuva 14. Ikääntyneen kuntoutumista tukevat tärkeät asiat kotihoidossa

Kuuntelin vielä ryhmätöiden esitysvaiheessa ottamani nauhoituksen tarkentaen esille nostamiani teemoja (ks. liite 6). Loppukeskustelussa esille tulleet tarkennukset käsiteltyihin asioihin olen huomionut raportissani merkitsemällä suorat lainaukset sanalla "nauhoite".

Asiakkaan **kuntoutumistarpeen arvioinnissa** nousi teemoiksi oikea-aikainen havaitseminen, avainhenkilöiden osallistuminen, mittareiden käyttäminen ja asiakkaan motivaation arviointi. Tärkeänä esille nostettiin nopea ja oikea-aikainen reagointi asiakkaan toimintakyvyn muutoksiin. Erityisesti sairaalasta kotiutuvien uusien asiakkaiden kohdalla tuli kuntoutumistarve kartoittaa. Kuntoutumistarpeen arvioinnissa tiedonkulku eri ammattilaisten, omaisten ja yh-

teistyökumppaneiden kesken nähtiin tärkeäksi. Yhteydenottoa matalalla kynnyksellä kuntoutukseen pidettiin oikea-aikaisen kuntoutuksen aloittamisen edellytyksenä.

*”Ei odoteta dramaattisia muutoksia, vaan reagoidaan, niihin pieniinkin muutoksiin” (nauhoite)*

Toimintakyvyn mittareiden käyttö arvioinnin tukena varmisti asiakkaan todellista kuntoa ja tiedon oikeellisuutta. Kaikkien osapuolten koettiin tärkeäksi osallistua kuntoutumistarpeen arviointiin, ja kotihoidon ja kotikuntoutuksen yhteiskäynti palveluntarvetta arvioitaessa oli tässä avainasemassa. Tärkeää oli myös asiakkaan motivaation arviointi. Asiakkaan sitoutumista kuntoutumisprosessiin lisäsi hänen yksilöllisten tarpeidensa ja toiveidensa huomioiminen.

*”Kaikki osallistuu arviointiin”*

*”Asiakkaan oma tuntemus”*

Asiakkaan **kuntoutumisprosessin suunnittelussa** keskeisiksi teemoiksi nousi asiakkaan sitoutuminen, arkeen sidotut menetelmät ja avainhenkilöiden osoittaminen. Tärkeänä pidettiin asiakkaan sitoutumista kuntoutukseen. Asiakkaan omat tavoitteet ja kokemus hänen voinnistaan tuli huomioida sekä kuntoutumista mahdollisesti rajoittavat tekijät, kuten mm. ympäristötekijät. Asiakkaalle tuli antaa vastuuta kuntoutumisprossistaan ja avata hoitajien kuntouttavan työtteen merkitystä asiakaskäynneillä. Kuntoutumissuunnitelma tuli kehittämistiimin mielestä toteuttaa huolellisesti. Menetelmien tuli olla konkreettisia ja realistisia ja ne tuli sisällyttää arjen toimintojen lomaan kaikille esillä olevaan suunnitelmaan.

*”Erittäin tärkeä huomioida asiakkaan oma tavoite suunnitelmassa”*

*”Tärkeää on tehdä suunnitelma, johon kaikki voivat sitoutua, selkeä ja yksinkertainen”*

Kaikkien osapuolten sitoutuminen tehtyyn kuntoutumissuunnitelmaan nähtiin tärkeäksi. Prosessin suunnittelussa tuli olla mukana avainhenkilöinä asiakas, omainen ja vastuuhoitajaksi nimetty henkilö sekä kuntoutuksen ammattilainen.

Yhteistyötahot tuli näkyä konkreettisesti suunnitelmassa yhteystietoineen. Hoitajien sitoutuminen arkikuntoutukseen nähtiin tärkeäksi ja lisäävän myös asiakkaan motivoitumista prosessiin

*”Mukana asiakas, omainen, vastuuhoitaja, fysioterapeutti”*

**Kuntoutuksen toteutuksessa** tärkeiksi asioiksi nousi hyvä tiedonkulku, arki-kuntoutus ja asiakkaan tavoitteiden huomiointi. Oleellisena kehittämistiimi näki tiedonkulun. Kuntoutuksen toteutukseen osallistuvien henkilöiden välillä ei saanut olla tietokatkoja, ja mm. moniammatilliset yhteiskäynnit asiakkaan luona tukivat kuntoutumista. Arkikuntoutus oli tärkeää, ja siihen tuli varata resursseja. Tärkeäksi nähtiin myös asiakkaan motivaation ylläpitäminen tuke- malla hänen tavoitteitaan koko prosessin ajan.

*”Yhteispalaveri/yhteiskäynti, vastuuhenkilöt”*

*”Kuntouttava hoitotyö, arkeen nivoutuvaa, yhdessä tekeminen”  
(nauhoite)*

**Kuntoutumisen seurannassa** kehittämistiimi piti tärkeänä hyvää tiedonkul- kua, avainhenkilöiden osallistumista ja säännöllistä palautetta. Tiedonkulun varmistajana nähtiin hyvä kirjaaminen, jotta pystyttäisiin herkästi reagoimaan asiakkaan kunnon muutoksiin. Teknologia tai liikuntapäiväkirjojen hyödyntämi- nen seurannassa auttoi myös tiedon saamista kuntoutumisprosessin kulusta ja sen tuloksellisuudesta motivoiden asiakasta. Kotihoidon osuutta asiakkaan kuntoutumisen seurannassa pidettiin merkittävänä, mutta tärkeänä nähtiin kuntoutumissuunnitelman tekemiseen osallistuneiden henkilöiden läsnäolo ja sitoutuminen seurantaan. Kaikkien mukana olleiden yhteydenpitoa ja positiivista palautetta pidettiin myös toimintaan sitouttavana ja motivoivana.

*”Kirjaaminen!!”*

*”Suunnitelman päivityksessä hyvä olla samat henkilöt läsnä kuin laadittaessa suunnitelmaa”*

*”Palaute positiivisesti, kannustavasti koko tiimille”*

Learning Cafessa saatujen tulosten ja muodostamieni teemojen avulla selkeytin käsitystäni asioista, jotka tukivat ikääntyneen kuntoutumista kotihoidossa. Tämä helpotti seuraavaa vaihetta, jossa tarkoituksena oli kehittämistiimin kanssa hakea konkreettisia toimenpiteitä esille otettujen tärkeiden asioiden toteuttamiseksi.

### 7.3 Uuden toimintamallin rakentaminen

Tässä kohtaa kehittämistyö oli edennyt kolmanteen vaiheeseen, jossa tarkoituksena oli uuden toimintamallin rakentaminen. Valitsin ryhmätyöskentelyn muodoksi **aivoriihen**, joka on yksi ketterän kehittämisen menetelmistä. Aivoriihessä edellisten vaiheiden tuloksia oli tarkoitus käyttää hyväksi. Toimintamallin viimeistelyssä peilattiin vielä saatuja tuloksia aikaisempiin kuntouttaviin malleihin Suomessa. Kolmannessa vaiheessa haettiin vastausta kysymykseen: ”Millainen uusi toimintamalli olisi toteutettavissa moniammatillisesti Kymsoten kotihoidossa?”.

#### 7.3.1 Toimintamallin ideointi ja aivoriihen tulokset

Aivoriihi (Brainstorming) kuuluu luovan ongelman ratkaisun toimintamalleihin, jossa uusia ideoita tuotetaan ryhmämuotoisesti (Ojasalo ym. 2009, 145). Aivoriihen tarkoituksena on vapautuminen kaavamaisesta ajattelusta sekä erinäkökulmien ja kokemusten hyödyntäminen. Ideoiden vapaa irrottelu suuremmassakin ryhmässä helpottaa uusien ajatuksien esiintuomista kehitettävässä asiassa. (Taipale & Sirola-Korhonen 2017, 26.)

Seuraava kehittämistiimin kokoontuminen oli kaksi viikkoa edellisen tapaamisen jälkeen 9/2020. Olin kutsunut sähköpostilla kaikki kehittämistiimiin ilmoittautuneet työntekijät jatkotyöstämään edellisessä työpajassa esille nostettuja aiheita. Paikalla oli 16 osallistujaa, joista hoitajia oli yhteensä viisi (5), fysioterapeutteja viisi (5) ja kotihoidon esimiehiä kuusi (6). Aikaa aiheen käsittelyyn oli kolme tuntia. Valmiiksi tekemäni aikataulu rytmitti jälleen työpajatyöskentelyä.

Moniammatillisia ryhmiä tein kuusi, kuten olin valinnut aihealueitakin. Halusin asiakkaan kuntoumisprosessin vaiheiden lisäksi ottaa erikseen ideointiin myös *moniammatillisen yhteistyön ja lähiesimiehen roolin* asiakkaan kuntoutumista tukemassa. Erityisesti esimiehen roolia asiakkaan kuntoutumisprosessia tukemassa ei edellisessä työpajassa ollut käsitelty.

Ennen aivoriihen aloittamista tarvitaan aiheeseen lämmittelyä ja ohjaajan tulee huolehtia hyvästä ideointi-ilmapiiiristä (Taipale & Sirola-Korhonen 2017, 26). Aluksi pyritään vapautumaan ennakkoluuloista ja mielessä olevista rajoittavista tekijöistä (Ojasalo ym. 2009, 145—146). Tässä vaiheessa kävin läpi Learning Cafessa saatuja tuloksia virittäen osallistujia aiheeseen. Olin koonnut edellisen vaiheen keskeisimmät asiat lapuille helpottamaan aiheen jatko-työstämistä. Jokainen ryhmä sai oman tiivistelmän käyttöönsä (ks. kuva 14, s. 43). Ryhmän vetäjänä pyrin saamaan osallistujilta mahdollisimman paljon ajatuksia esille uuden toimintamallin pohjaksi.

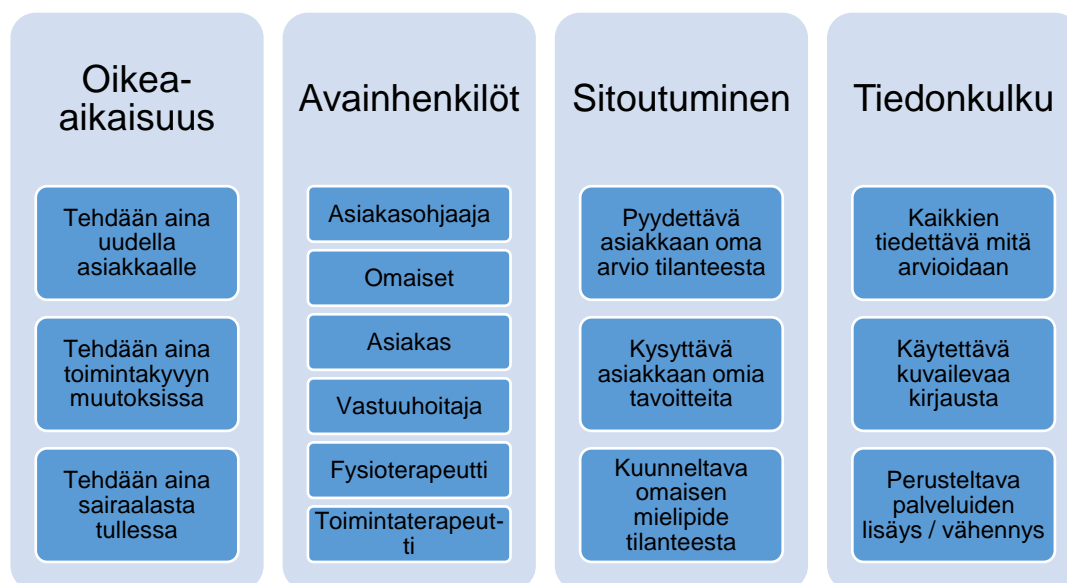
Pienryhmiä (2—3 osallistujaa/ryhmä) oli kuusi, kuten aihealueitakin. Ensimmäiset 10 minuuttia ryhmät työstivät omaa aihettaan isoille papereille. Sen jälkeen paperit kiinnitettiin ryhmätilan seinille, ja jokainen pienryhmä kiersi tilassa tarkastellen toisten tuotoksia jatkojalostaen niitä ja kehittäen uusia ajatuksia ns. ideakävelynä. Ideakävely kuuluu standardiaivoriihen menetelmiin, jossa ideoinnin alkaessa tyrehtyä ryhmäläiset alkavat kiertää katselemassa toisten tuotoksia kehittellen niitä (Ojasalo 2009, 146). Jokaisen aihealueen kohdalla kukin ryhmä viipyi viisi minuuttia.

Ojasalo (2009, 146) korostaa, kuinka vetäjän on tärkeää kiihdyttää prosessia tarvittaessa sekä rytmittää ja ohjata ideointia. Ryhmätyöskentelyn aikana kannustin osallistujia konkretisoimaan ideoitaan ja ottamaan itse asiakkaan roolin eri aihealueita käsiteltäessä. Lopuksi jokaisella osallistujalla oli käytössään kaksi pistettä kutakin aihealuetta kohti. Osallistujat antoivat pisteet oman näkemyksensä mukaan tärkeimmästä asiasta kussakin kohdassa. Lopuksi otettiin yhdessä esille pisteitä saaneet ideat.

Analysointivaiheessa kirjoitin jokaisesta aihealueesta tuotetut ajatukset itseleni puhtaaksi tarkempaa tarkastelua varten. Teemoittelua käyttämällä ryhmitelin samaa asiaa käsitteleviä asioita yhdeksi kokonaisuudeksi aihealueiden

sisällä. Merkitsin itselleni korostevärillä pisteitä saaneet ideat. Eri kuntoutumisprosessin vaiheissa tärkeiksi nähtyjen toimenpiteiden alle nousi konkreettisia ja tärkeiksi koettuja asioita runsaasti esille.

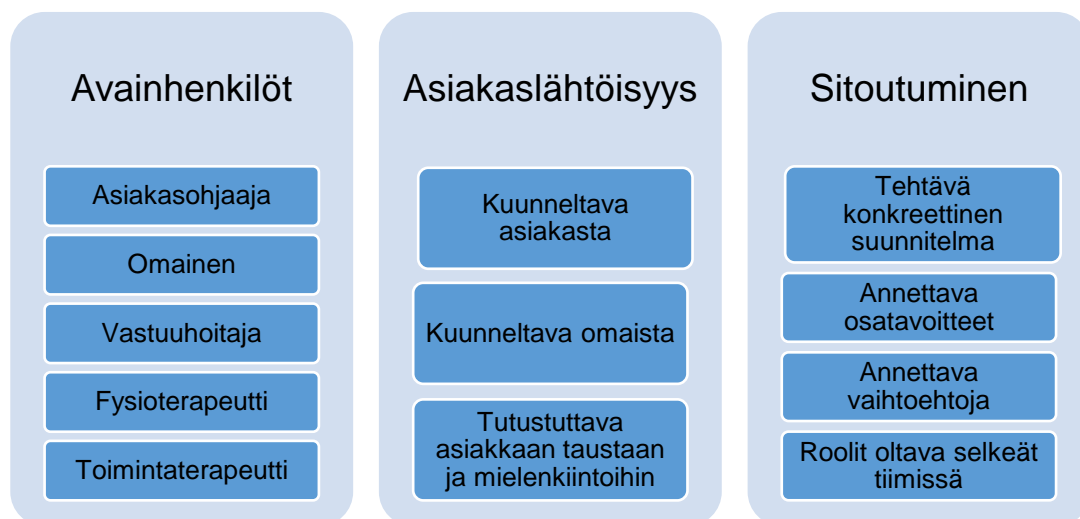
**Kuntoutumistarpeen arvioinnissa** keskeiset teemat olivat oikea-aikaisuus, avainhenkilöt, sitoutuminen sekä tiedonkulku (kuva 15). Asiakkaan kuntoutumistarvetta tuli arvioida ensisijaisesti heti uusien asiakkuuksien alkuvaiheessa, sairaalasta kotiutuessa ja asiakkaan toimintakyvyn muutoksissa. Tärkeässä roolissa oli asiakasohjaaja, joka kutsuu koolle kuntoutumisprosessin avainhenkilöt. Asiakkaan sitoutumista tuli lisätä huomioimalla hänen oma arvionsa toimintakyvystään sekä toiveensa jaksolle. Myös omaisen mielipiteellä koettiin olevan vaikutusta asiakkaan kuntoutumismotivaatioon. Hyvä tiedonkulku varmistettiin, kun kaikki osapuolet tietävät, mitä arvioidaan. Hyvä kuvaileva kirjaaminen toimi perusteluna niin palveluntarpeen lisäykselle kuin vähennyksellekin.



Kuva 15. Kuntoutumistarpeen arvioinnin edellytykset

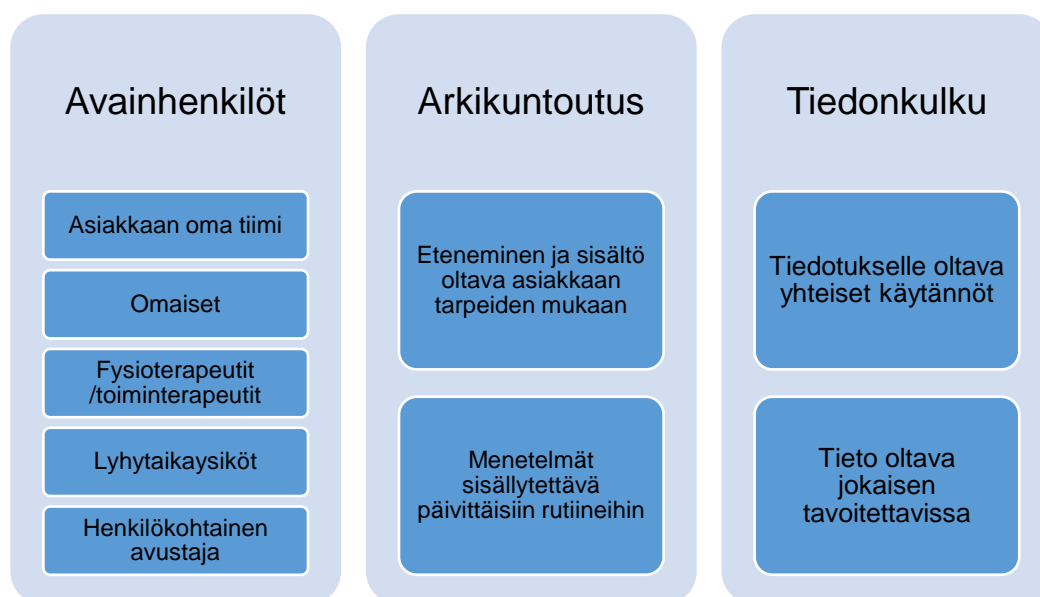
**Kuntoutumisen suunnittelussa** keskeiset teemat (kuva 16) olivat avainhenkilöt, asiakaslähtöisyys ja sitoutuminen. Suunnitteluvaiheessa tuli olla mukana nimetty moniammatillinen tiimi, jossa oli mukana myös asiakas ja omainen. Asiakkaan ja omaisten ajatusten kuuntelu oli tärkeää sekä asiakkaan omien toiveiden esille saaminen. Asiakkaan sitoutuminen kuntoutumisprosessiin oli tärkeää. Kuntoutumissuunnitelma tuli olla konkreettinen ja arkeen sidottu ja

sieltä tuli löytyä myös lyhyen aikavälin tavoitteet tukemaan kuntoutumisen onnistumista. Asiakkaalle annetut erilaiset kuntoutumisen menetelmiin liittyvät vaihtoehdot lisäsivät asiakkaan sitoutumista. Kotihoidon tiimien selkeät roolijaot toimivat myös henkilökunnan sitoutumista lisäävänä tekijänä.



Kuva 16. Kuntoutumisen suunnittelun edellytykset

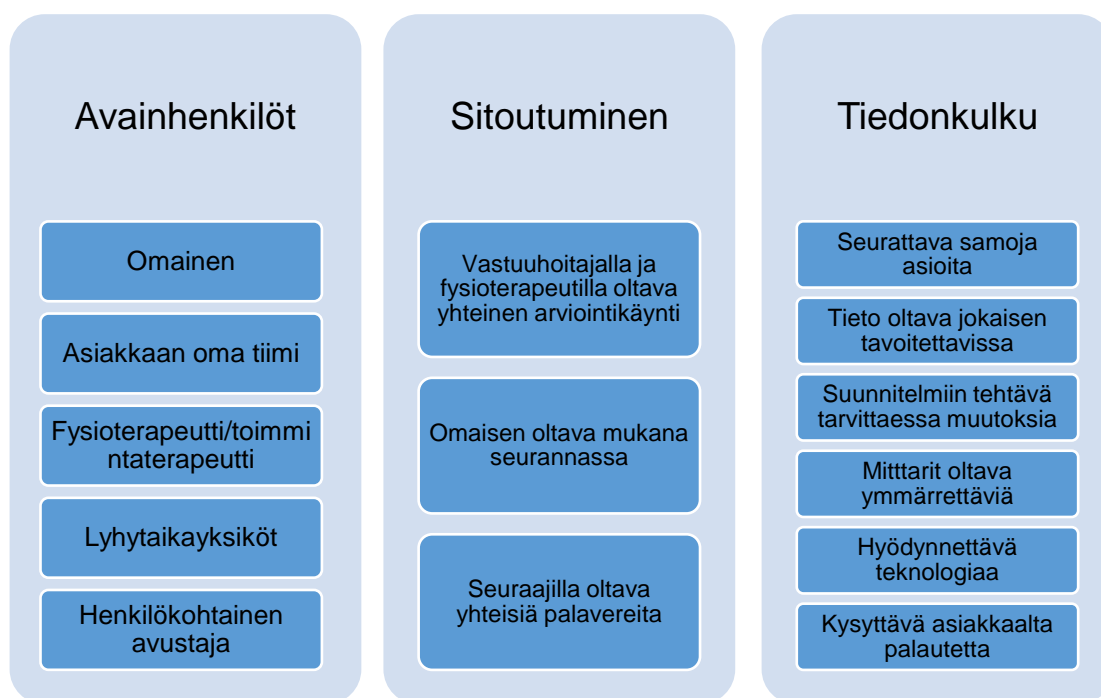
**Kuntoutuksen toteutuksessa** keskeiset teemat olivat avainhenkilöt, arkikuntoutus ja tiedonkulku (kuva 17). Kuntoutus tuli tapahtua yhdessä asiakkaan oman tiimin kanssa, jossa oli mukana omaiset, kuntoutuksen ammattilaiset sekä tarvittaessa lyhytaikayksiköt ja mahdollinen henkilökohtainen avustaja. Arkikuntoutus oli hyvin tärkeää. Avainasemassa oli eteneminen asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja päivittäisiin rutiineihin sisällytetyt kuntoutuksen menetelmät. Tiedonkulkuun tuli olla yhteisesti sovitut käytännöt, ja sen tuli tavoittaa jokainen tiimiläinen.



Kuva 17. Kuntoutuksen toteutuksen edellytykset

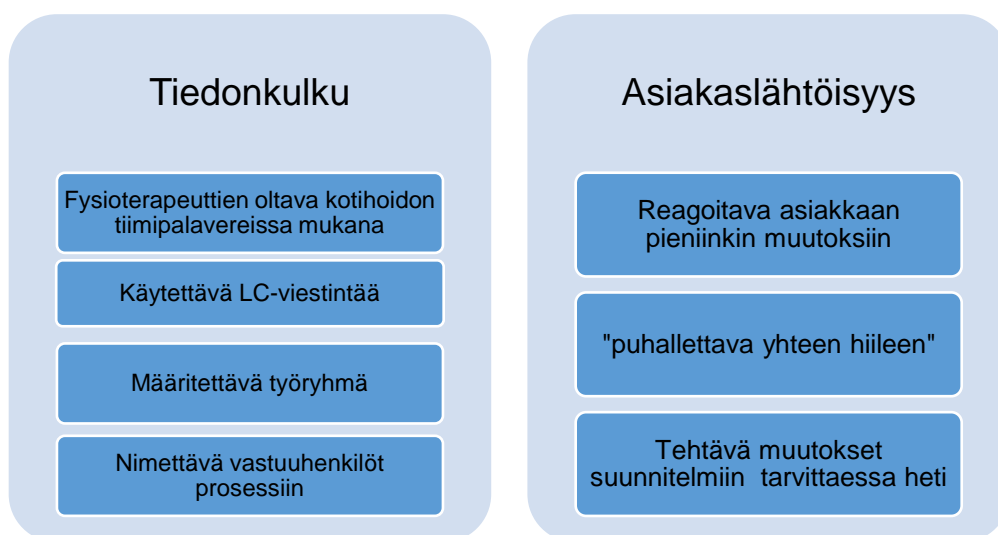
**Kuntoutumisen seurannassa** keskeisinä olivat avainhenkilöiden osoittaminen ja sitoutuminen sekä tiedonkulkeminen (kuva 18). Asiakkaan kuntoutumisen seurannan koettiin kuuluvan kaikille ammattiryhmille, jossa myös omainen ja mahdollinen henkilökohtainen avustaja seurasi samoja asioita. Vastuuhoitajan ja kuntoutuksen ammattilaisen yhteinen arviointikäynti sekä seuraajien yhteiset palaverit ja omaisen huomiointi nähtiin sitouttavan kaikkia prosessiin ja helpottavan seurantaa. Suunnitelmien tuli elää saadun palautteen kanssa, ja asiakkaan omaa palautetta pidettiin tärkeänä. Ymmärrettävien käytössä olevien mittareiden tulokset, teknologian avulla saatu informaatio ja tarkat kuvailtavat kirjaukset seurannan välineinä tuli olla tavoitettavissa kaikilla.





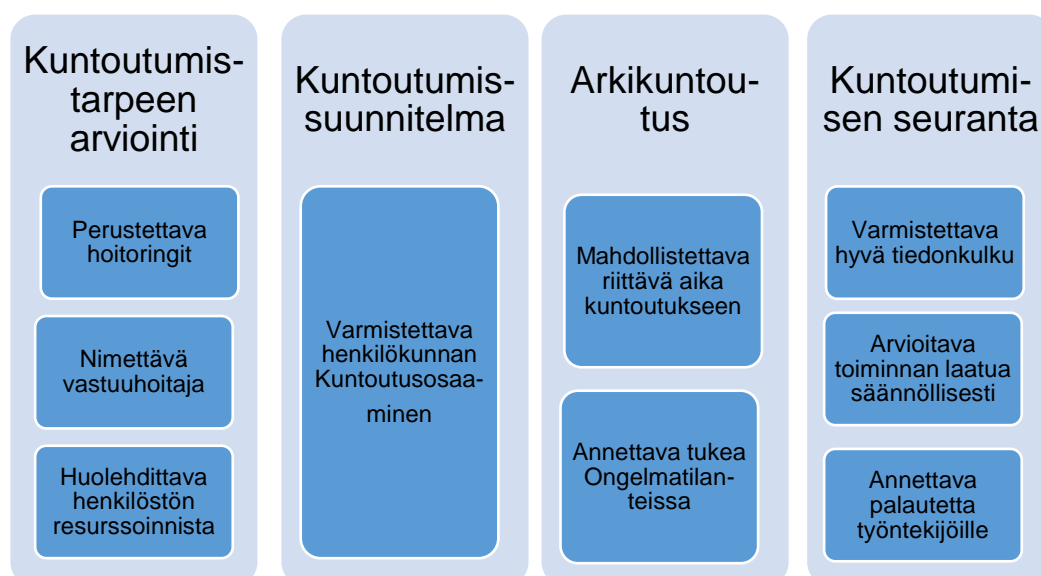
Kuva 18. Kuntoutumisen seurannan edellytykset

**Moniammatillisessa yhteistyössä** tärkeimmät aihealueet olivat tiedonkulku ja asiakaslähtöisyys (kuva 19). Kuntoutuksen ammattilaisten osallistuminen säännöllisesti esim. kerran kuukaudessa kotihoidon tiimien palavereihin nähtiin lisäävän yhteistyötä. Kuntoutumisprosessiin määritelty tiimi ja vastuhenkilöiden nimeäminen sekä LC (Life Care) -viestintä selkeytti tiedonkulkua. Kaikkien toivottiin puhaltavan ns. yhteen hiileen ja asiakkaan pieniinkin toimintakyvyn muutoksiin reagoiminen ja siitä tiedottaminen nähtiin heti hyvin tärkeäksi. Tämä mahdollisti asiakkaan toimintakyvyn muutoksiin reagoimisen oikea-aikaisesti ennaltaehkäisten tilanteen mahdollinen huononeminen.



Kuva 19. Moniammatillisen yhteistyön edellytykset

**Lähiesimiehen rooli** asiakkaan kuntoutumisprosessia tukemassa nähtiin tärkeäksi, ja teemoina nousi kuntoutumistarpeen arviointi, kuntoutumissuunnitelma, arkikuntoutus ja kuntoutumisen seuranta (kuva 20) kuntoutumistarpeen arvioinnissa esimiehen oli tärkeää mahdollistaa työsuunnittelullisesti riittävät resurssit asiakkaan hoitorinkien perustamista varten ja nimetä vastuuhoidtaja. Konkreettisen ja arkeen sidottujen kuntoutumissuunnitelmien tekeminen vaatii osaamista, jota esimies tuki tarjoamalla ammatillista lisäkoulutusta. Arkikuntoutuksen toteuttamiseen tuli mahdollistaa työntekijöille riittävästi aikaa, ja ongelmatilanteiden tuki niin henkilöstölle kuin asiakkaalle ja omaiselle oli tärkeää. Seurannassa tiedonkulun tuli toimia ja esimiehen piti arvioida toiminnan laatua säännöllisesti antaen palautetta työntekijöille.



Kuva 20. Esimiehen rooli ja tärkeät tehtävät

Kokoonnuimme työelämäohjaajieni kanssa Teams -palaveriin keskustelemaan tähän asti saaduista tuloksista. Mukana olivat palvelualuepäällikkö kotihoitosta, kuntoutuksen ylihoitaja sekä Kymsoten kehittämiskoordinaattori. Tuloksiin oltiin tyytyväisiä niiden antaessa konkreettisia ehdotuksia kotihoidon kuntouttavan toiminnan kehittämiseksi. Uuteen toimintamalliin he pitivät tärkeänä rajata asiakasryhmät, joihin malli ensisijaisesti kohdennettaisiin. Erityisesti uusiin asiakkuuksiin keskittyvällä toimintamallilla nähtiin mahdollisuuksia ehkäistä asiakasmäärien voimakas kasvaminen alueella.

### **7.3.2 Toimintamallin viimeistely**

Mallin alkaessa vasta hahmottua kutsuttiin sähköpostilla vielä kolmannen kerran kehittämistiimin jäsenet 10/2020 koolle. Kokoontumisen tarkoituksena oli viimeistellä toimintamalli kokeiluvalmiiksi alueelle sekä keskustella mahdollisesta pilotoivasta alueesta. Osallistujia kehittämistiimin kolmannessa kokouksessa oli yhteensä 13, joista hoitajia oli kaksi (2), kuntoutuksen ammattilaisia oli neljä (4) ja esimiehiä seitsemän (7). Aikaa aiheen käsittelyyn oli kolme tuntia. Olin tehnyt aikataulun aiheen käsittelyn rytmittämiseksi.

Kokoontumisen aluksi käsitelimme edellisen vaiheen tuloksia. Moniammatillisen tiimin kanssa tutustuttiin myös Kukoistava kotihoito -hankkeessa esitetyyn neljän viikon kuntouttavan arviointijakson malliin (ks. kuva 7 s. 26). Ikään-tyneen varhaiseen toimintakyvyn tukemiseen keskittyvää mallia pidettiin erittäin hyvänä. Kehittämistiimin jäsenet olivat yksimielisiä siitä, että asiakkaan kuntoutumisprosessin avainasemassa oli kuntoutumistarpeen arviointi, joka tuli kartoittaa moniammatillisesti heti asiakkuuden alkuvaiheessa.

Jaoin osallistujat kolmeen ammatilliseen ryhmään. Hoitajien vähyyden vuoksi yksi esimies osallistui heidän kanssaan ryhmätyöhön. Tavoitteena oli, että kaikki ammattiryhmät nostavat esille kuntouttavassa arviointijaksossa tärkeiksi näkemiään asioita. Ryhmät ottivat esille myös mahdolliset haasteet ja niiden ratkaisuehdotukset kuntouttavan arviointijakson käyttöönottamisesta alueella. Lopuksi kävimme yhteistä keskustelua esille nousseista asioista. Nauhoitin

keskustelun lisäämään ymmärrystäni ryhmien esille ottamista ja papereille kirjoittamista asioista, jotka keräsin lopuksi itselleni. Kirjoitin asiat taulukkoon eritellen tärkeät asiat, haasteet sekä kehittämisehdotukset (taulukko 1).

Taulukko 1. Kuntouttavan arviointijakson käyttöönottamisessa tärkeät asiat, haasteet ja ratkaisuehdotukset

Tärkeää	Haaste	Ratkaisuehdotus
Uusi asiakas / sairaalasta tullut uusi asiakas	Menee ajoittain asiakasohjaukselta ohitse	Asiakkuuden tarkistus aina
Moniammatillinen toiminta	Yhteisen ajan löytyminen nopeasti	Kuntoutukselle akuutteja aikoja Kotihoidon vastuuhenkilö laittaa kutsun heti tarpeen ilmaantuessa Esimies huomioi resurssoinnissa
Asiakas keskiössä koko prosessin	Asiakkaan heikko sitoutuminen kuntoutukseen	Varhainen kuntoutumistarpeen arviointi Yksilöllisyyden huomiointi Moniammatillinen osaaminen Omaisten huomiointi koko prosessin ajan
Arkikuntoutus	Kotihoidossa kiire erityisesti aamuisin	Kuntouttavat työmenetelmät aamuisin Aktiviteettiaikojen suunnittelu viikko-ohjelmaan valmiiksi
Kuntoutumistarpeen arviointi moniammatillisesti yhdessä	Kotihoidossa ja kotikuntoutuksessa erilaiset mittarit	Kotikuntoutuksen FIM mittaria ja kotihoidon RAI mittaria mahdollista tulkita rinnakkain
Moniammatillinen viestintä	LC-viesti ei aina tavoita nopeasti kotihoitoa	Kotihoidon Hiikka – viestijärjestelmän käyttöoikeus kotikuntoutukselle
Kuntoutumisen jatkoseuranta	Kotihoidolla ei resursseja seurantaan palveluntarpeen loputtua	Asiakkaan oma vastuu Tarvittaessa yhteys asiakasohjaukseen Kotikuntoutuksen tarve arvioidaan erikseen

Kehittämistiimin jäsenet olivat yksimielisiä siitä, että asiakkaan kuntoutumisprosessin avainasemassa oli keskitetyn asiakasohjauksen kanssa tehtävä moniammatillinen kuntoutumistarpeen arviointi. Oikeaksi asiakasryhmäksi nähtiin uudet asiakkaat sekä sairaalasta kotiutuvat uudet asiakkaat. Prosessia

aloitettaessa asiakasohjauksen tuli varmistaa uusien asiakkaiden ohjautuminen prosessiin. Tällä hetkellä pääpaino kuntouttavissa toimenpiteissä oli yleis-tilan laskuissa asiakkaan jo ollessa kotihoidon asiakkaana. Uusien asiakkuuksien määrän kasvamisen hillitsemistä pidettiin tärkeänä.

Moniammatillisen tiimin piti toimia tiiviisti yhteistyössä heti kuntoutumistarpeen arvioinnista lähtien, jolloin säännölliset palaverit rytmittivät prosessia. Palaveriaikojen löytymistä nopeasti pidettiin haasteena, ja se tuli varmistaa kotikuntoutuksessa varatuilla akuuteilla ajoilla sekä kotihoidon vastuuhenkilön nopealla viestinnällä. Kotihoidossa esimiehen vastuu oli mahdollistaa henkilöstölle riittävä resurssi moniammatillisten palaverien järjestämiseksi.

Asiakkaan tuli olla toiminnan keskiössä, ja hänen sitoutumisensa prosessiin oli tärkeää. Asiakkaan uskoa omaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin pidettiin kotihoidon asiakkuuden vasta alkaessa todennäköisesti suurempana ja heidän sitoutumisestaan prosessiin parempana. Asiakkaan sitoutumista oli tärkeä lisätä yksilöllisellä kuntoutumisen suunnittelulla ja moniammatillisella toiminnalla. Omaisen huomiointi koko prosessin ajan sitoutti myös hänet paremmin toimintaan ja asiakkaan kannustamiseen.

Kuntouttavassa arviointijaksossa pääpaino olisi arkikuntoutuksessa. Kotihoidon kokema kiire erityisesti aamuisin todettiin vaikeuttavan kuntoutuksen toteutusta asiakkaan kanssa. Aamuisin nähtiin kuntouttavien työmenetelmien olevan tärkeitä, ja yksilölliset aktiviteettiajat tuli suunnitella erikseen valmiiksi viikko-ohjelmaan.

Erilaisten toimintakyvyn mittareiden pelättiin vaikeuttavan kuntoutumistarpeen moniammatillista arviointia. Hoitajilla oli käytössä laaja RAI-arviointi, jonka perusteella tehdään palveluntarpeen määrittäminen. Kuntoutuksen puolelle oli tulossa käyttöön FIM-mittari, joka on herkkä pienempiin toimintakyvyn muutoksiin. Mittareita ei kuitenkaan nähty toisiaan poissulkeviksi, vaan niitä voitaisiin tulkita moniammatillisessa palaverissa myös rinnakkain.

Kuntouttavan arviointijakson edellyttämä riittävän nopea tiedonkulku koettiin haastavaksi toteuttaa. Nykyinen viestijärjestelmä hoitajien ja kotikuntoutuksen

kanssa toimii LifeCare (LC) -kirjausjärjestelmän kautta. LC-ryhmäviesti tavoittaa kotikuntoutuksen, mutta hoitajille viestiminen ei ole yhtä nopeaa. Kotihoidon arjessa käyttämä Hilikka-järjestelmän nähtiin tavoittavan hoitajat ajantasaisemmin ja tehokkaammin. Hoitajien kirjaukset ovat siirtymässä lähitulevaisuudessa myös ns. sosiaali LifeCareen ja pois terveys Lifecaresta, mikä tarkoittaa viestinnän hankaloituvan kuntoutuksen kanssa entisestään. Kuntoutuksen esimies lupasi selvittää kotikuntoutukselle Hilikka-järjestelmän käyttöoikeuksia.

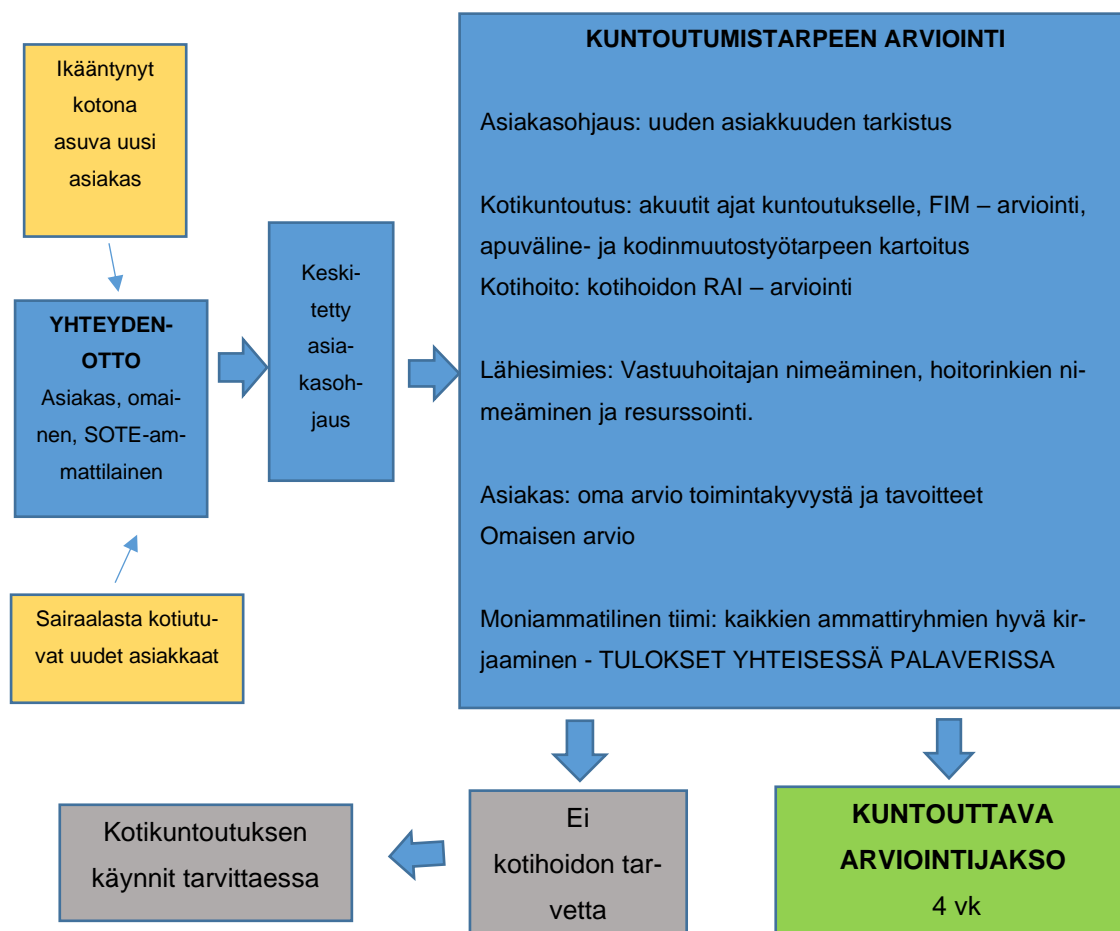
Kuntouttavan arviointijakson jälkeen ja kotihoidon tarpeen mahdollisesti loputtua kotihoidon seuranta ei nähty nykyisillä resursseilla mahdolliseksi. Kotikuntoutus arvioi erikseen asiakkaan kuntoutumisen tarpeen jatkumista asiakkaan kanssa. Jakson jälkeen asiakkaan oma vastuu kuntoutumisensa seurannasta kasvaa, ja palvelun tarpeen uudelleen ilmaantuessa asiakas ohjataan ottamaan yhteyttä asiakasohjaukseen.

Pilotoivaksi alueeksi työpajassa kaavailtiin myös Kymsoten pohjoista aluetta D. Alue varmistui työpajan jälkeen kotihoidon palvelupäällikön ja D-alueen kotihoidon esimiesten kanssa yhdessä pidetyssä Skype -palaverissa. D-alueelta kaksi tiimiä (Kuusankoski 1 ja 3) ilmoitti lähtevänsä mukaan sovittuun kolmen kuukauden kokeilujaksoon. Uusia asiakkuuksia oli viime aikoina tullut useampia viikossa, mitä pidettiin hyvänä mallin testausta ajatellen.

## **8 TOIMINTAMALLIEHDOTUS**

Uuden toimintamallin pohjan kotihoidossa muodostaa neljän viikon kuntouttava arviointijakso. Kuntoutumisprosessissa on neljä vaihetta: ohjautumis- ja kuntoutumistarpeen arviointivaihe, suunnittelu- ja tavoitteiden asettamisvaihe, toteutusvaihe sekä seuranta- ja päätösvaihe. Jokaisessa vaiheessa on huomioitu työpajoissa kehittämistiimin esille nostamia asioita ja konkreettisia toimenpide-ehdotuksia.

Uuden toimintamallin aloittaa asiakkaan kuntoutumistarpeen arviointi (kuva 21). Asiakasohjaaja varmistaa uuden asiakkaan ja tiedottaa siitä kotihoidolle ja kotikuntoutukselle. Kotikuntoutus järjestää akuutteja aikoja uusien asiakkaiden arviointeja varten, ja kotihoidossa esimies nimeää vastuuhoitajan.



Kuva 21. Kuntouttavalle arviointijaksolle ohjautumis- ja kuntoutumistarpeen arviointivaihe

Kuntoutuksen ammattilaiset ja kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaan toimintakykyä ja palvelun tarvetta luotettavilla mittareilla, joiden tulokset kirjataan seurantaan varten mahdollisimman tarkasti. Moniammatillinen tiimi kokoontuu yhdessä uuden asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa keskustelemaan tuloksista. Asiakkaan tarpeet ja toiveet pyritään huomioimaan laaja-alaisesti kuunnellen myös omaista. Palveluntarpeen jatkuminen ja asiakkaan sitoutuminen prosessiin määrittävät kuntouttavan arviointijakson aloittamisen. Kotikuntoutuksen ammattilaisen käyntien tarve arvioidaan erikseen, jos kotihoidon palveluille ei ole tarvetta.

Suunnittelun ja tavoitteen asettamisvaiheessa moniammatillinen tiimi tekee yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa konkreettisen ja arkeen sidotun kuntoutumissuunnitelman (kuva 22), joka liitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

### KUNTOUTUMISSUUNNITELMA

Moniammatillinen tiimi: Avainhenkilöiden osallistuminen, tiimissä selkeät roolijaot

Asiakas: Asiakkaan taustaan ja mielenkiintoihin tutustuminen, konkreettinen arkeen sidottu suunnitelma, osatavoitteiden asettelu ja vaihtoehtoisten menetelmien esittäminen

Omainen mukana suunnittelussa

Lähiesimies: Henkilökunnan lisäkoulutustarpeen huomiointi

Kuntoutumissuunnitelma liitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan

Kuva 22. Kuntoutumisen suunnittelu- ja tavoitteenasettamisvaihe

Oleellista on kaikkien osapuolten sitoutuminen ja sitouttaminen prosessiin, mitä helpottamassa on asiakkaan kuntoutumiselle asetetut selkeät osatavoitteet ja hänelle tarjotut vaihtoehtoiset kuntoutuksen menetelmät. Omaisen osallistuminen suunnitteluun, avainhenkilöiden osoittaminen sekä selkeät roolijaot kotihoidon tiimeissä lisäävät kaikkien vastuuta tulevasta kuntoutumisprosessista.

Kuntouttavan arviointijakson toteutusvaiheessa (kuva 23) neljän viikon arki-kuntoutus muodostaa pohjan toiminnalle. Tärkeää on kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien sitoutuminen prosessiin sekä tiedotukselle sovitut yhteiset käytännöt. Toiminnan muodostaa arjen rutiineihin sisällytetyt menetelmät, joita tarkistetaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Otetaan käyttöön aktiviteettiajat, jotka liitetään kaikille esillä olevaan viikko-ohjelmaan. Esimies huolehtii kuntoutukseen tarvittavan ajan järjestämisestä ja mahdollistaa tarvittavan tuen ongelmatilanteissa.

### KUNTOUTUKSEN TOTEUTUS

Moniammatillinen tiimi: Kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat tahot toteuttavat suunnitelman mukaan, arkikuntoutuksen menetelmät, viikko-ohjelma, tiedotukselle yhteiset käytännöt ja tiedot kaikkien tavoitettavissa, moniammatilliset yhteiskäynnit tarvittaessa

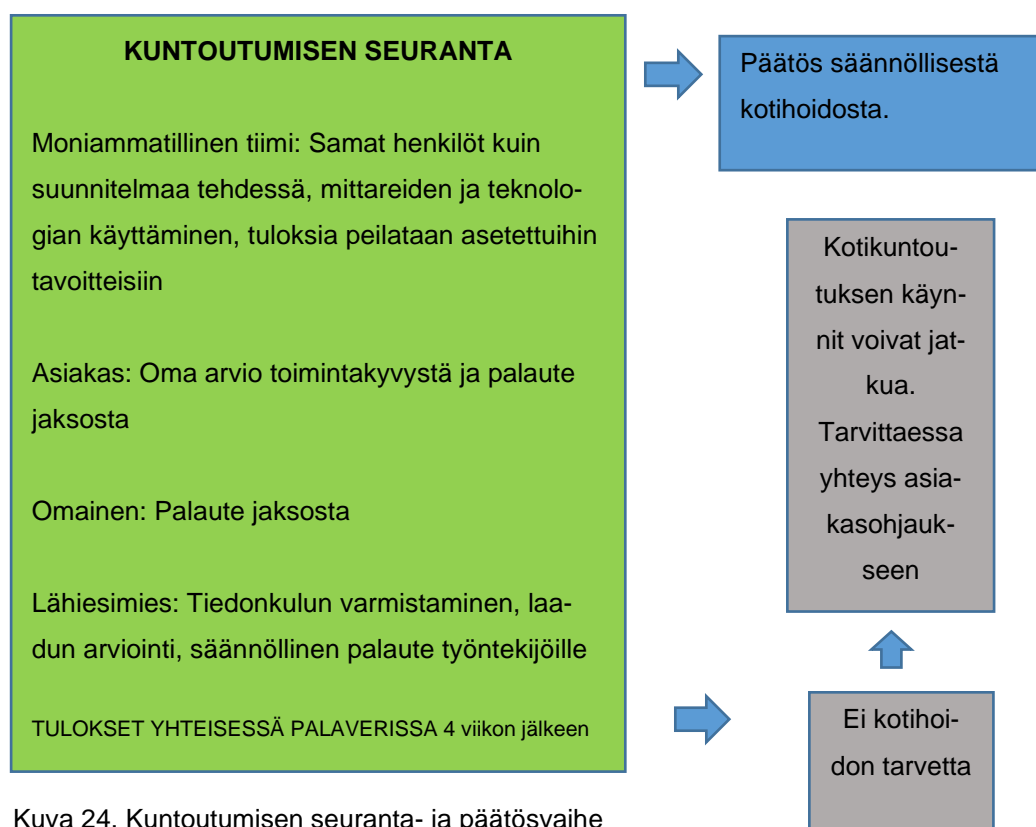
Lähiesimies: Tarvittavan ajan mahdollistaminen, ongelmatilanteiden tuki

Asiakas: Kuntoutuksen eteneminen ja sisältö hänen tarpeidensa mukaisesti

Kuva 23. Kuntoutuksen toteutusvaihe



Neljännellä viikolla ns. seuranta- ja päätösvaiheessa (kuva 24) tärkeää on kuntoutumissuunnitelmassa nimettyjen avainhenkilöiden osallistuminen. Tärkeää on myös samojen yhdessä asetettujen tavoitteiden seuranta, toimintakyvyn mittareiden käyttäminen ja teknologian hyödyntäminen tiedon kulun parantamiseksi. Tulokset käydään läpi yhteisessä palaverissa kuntoutumisprosessin jälkeen, jolloin omainen ja asiakas antavat myös palautteen jaksosta.



Kuva 24. Kuntoutumisen seuranta- ja päätösvaihe

Yhteisessä palaverissa peilataan saavutettuja tuloksia lähtötilanteeseen. Kuntouttavan arviointijakson tulosten pohjalta tehdään päätös kotihoidon tarpeen jatkumisesta ja tarkistetaan käyntimäärien tarve. Kotihoidon tarpeen lakautuminen ei sulje pois kuntoutuksen käyntien jatkumista tarvittaessa. Asiakas ottaa uuden kotihoidon tarpeen ilmaantuessa yhteyttä asiakasohjaukseen. Seurantavaiheessa lähiesimies varmistaa tiedonkulun toimivuuden (viestijärjestelmät) ja seuraa toiminnan laatua antaen palautetta työyhteisölle.

Tärkeää uuden toimintamallin toteuttamisessa (liite 8) on avainhenkilöiden osoittaminen ja kaikkien osapuolten sitoutuminen ja sitouttaminen prosessiin, yhdessä jo ajoissa sovitut tapaamiset prosessin alku- ja loppuvaiheessa, arki-

kuntoutus sekä hyvä tiedonkulku. Mallin kokeiluun liittyviin mahdollisiin haasteisiin pyrittiin vastaamaan jo kehittämistiimin kolmannessa kokoontumisessa. Tavoitteena pilotoinnin aikana on saada kokemuksia mallin käyttökelpoisuudesta työntekijöiltä ja asiakkailta sekä muokata mallia yhä toimivammaksi. Mallin uudelleen arviointia ei tähän opinnäytetyöhön sisällytetty.

## **9 POHDINTA**

Seuraavissa luvuissa peilaan toimintatutkimukseni keskeisiä tuloksia ja teoreettisessa viitekehyksessä esille ottamiani asioita suhteessa erilaisissa hankkeista ja tutkimuksista saatuun tietoon. Arvioin valitsemani tutkimusmenetelmän ja aineistonkeruumenetelmien soveltuvuutta sekä oman osaamisen kehittymistä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Otan esille myös tutkimukseni luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttaneita tekijöitä sekä tiivistän tämän opinnäytetyön tulokset johtopäätöksiin ottaen esille uusia jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita.

### **9.1 Tulokset suhteessa aikaisempaan tietoon**

Opinnäytetyöni oli osa Kymsoten (Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä) valtion rahoittamaa kotihoidon kehittämishanketta, jossa haettiin kotihoidon ja kotikuntoutuksen yhteistyön kehittämiseksi laadukkaampia ja oikea-aikaisia palveluja kotona asuvalle ikääntyväälle väestölle. Organisatorisesti kotiin vietävien kuntoutuspalveluiden tehostamisen tavoitteena on ollut myös hillitä asiakasmäärän jatkuvaa kasvua sekä kotona asuvien ikääntyvien palveluntarpeen lisääntymistä. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen kotona helpottaa myös raskaamman hoiva-asumisen rakenteen vähentämistä alueelta.

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli kotikuntoutuksen ja kotihoidon työntekijöiden sekä heidän lähiesimiensä kanssa kehittää ikääntyneen kuntoutumista tukeva moniammatillinen toimintamalli Kymenlaaksoon. Moniammatillisella toiminnalla haettiin työntekijöiden ammatillista kasvua ja sitoutumista toimintatapojen muutokseen. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tavoitteena oli myös työn mielekkyyden ja tavoitteellisuuden lisääntyminen.

Opinnäytetyön ideointi alkoi joulukuussa 2019, jolloin Kymsoten kehittämiskoordinaattori esitteli minulle tulevaa hanketta ja loimme yhdessä pohjaa tulevalle kehittämistyölle. Lähestymistavaksi valitsin toimintatutkimuksen, johon suunnitelman tein kevään 2020 aikana. Opinnäytetyö eteni toukokuussa 2020 tehdyn SWOT-analyysin ja nykytilan arvioinnin kautta toiminnan suunnitteluun. Uuden toimintamallin ideointi ja rakentaminen tapahtuivat kolmessa moniammatillisessa kehittämistyöpajassa syksyn 2020 aikana. Valmiin toimintamallin esittelin marras-joulukuun aikana Kymsoten koti-, asumis- ja hoivapalveluiden johdolle, luottamusmiehille, asiakasohjaukselle, kotikuntoutuksen työntekijöille sekä kotihoidon pilotoiville tiimeille. Malli lähti kolmen kuukauden kokeiluun tammikuussa 2021.

Toimintatutkimukseni eri vaiheisiin asetetut tutkimuskysymykset auttoivat seuraaviin vaiheisiin siirtymistä. Ensimmäisessä vaiheessa tavoitteeni oli muodostaa nykyisen toimintamallin ja moniammatillisen yhteistyön haasteista ja mahdollisuuksista selkeä kuva. SWOT-analyysin avulla saadut tulokset antoivat moninäkökulmaisen pohjan nykytilasta, ja esille nostetut toimintamallin heikoudet ja uhat korostivat kehittämistyön tärkeyttä. Toiminnan suunnitteluvaiheessa kehittämistiimi nosti esille ikääntyneen toimintakyvyn moniammatilliseen tukemiseen liittyviä tärkeitä asioita Learning Cafe -menetelmällä. Uuden toimintamallin pohjaksi etsittiin ratkaisuja vielä toisessa kokoontumisessa aivoriihi -menetelmää käyttäen sekä jatkojalostettiin kolmannessa työpajassa uusi toimintamalli kokeiluvalmiiksi Kymsoten alueelle.

Toimintatutkimukseni kehittämisen pohjan muodostivat ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisprosessin vaiheet, moniammatillinen yhteistyö ja lähiesimiehen tuki, joita mukaillen käsittelen myös keskeisimpiä tuloksia. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen tukeminen muodostuu prosessin osavaiheiden laadukkaasta huomioimisesta. Jokainen vaihe muodostaa pohjan seuraavalle vaiheelle prosessissa.

Nykyisessä toimintamallissa **kuntoutumistarpeen arviointi** tapahtui liian myöhään, ja oikea-aikaisuutta korostettiin. Ennakoiva riskiryhmien tunnistaminen ja toimintakyvyn tukeminen nähtiin tärkeäksi myös Paltamaan ym. (2018,

13, 68) sekä Viitikon ja Lehmuksen (2017, 24—27) kotihoidon kehittämisraporteissa. Oikea-aikaisen kuntoutuksen hyötyjä kirjattiin myös Knuutisen kotihoidolle tekemässä tutkimuksessa (2013, 40—41). Tuomisen ja Tuurin (2017, 236) tutkimuksessa toimintakyvyn arvioinnin todettiin tapahtuvan iäkkäillä asiakkailla usein sen voimakkaasti heiketessä, ja myös tässä tutkimuksessa korostettiin oikea-aikaista toimintakyvyn arviointia kuntoutumisprosessin johtajana.

**Kuntoutumisen suunnittelussa** nykyisen toimintamallin heikkoutena oli suunnitelmien puutteellinen tekeminen tai niiden puuttuminen kokonaan. Luk (2012, 59) on korostanut tutkimusraportissaan kuntoutumissuunnitelmien tekemisen merkitystä kaikille ikääntyville asiakkaille. Yksilöllisyyden huomiointi ja ennakkoluulottomuutta pidettiin tutkimuksessa hyvin tärkeinä, eikä korkeaa ikää tai heikkoa kognitiota saisi pitää kuntoutumisen esteenä. Suunnitelmien puuttuminen on jakanut asiakkaita hyvin eriarvoiseen asemaan myös Kymsoten alueella, mihin kuntouttavalla arviointijaksolla aina tehtävällä kuntoutumissuunnitelmalla puututtiin.

Uudessa toimintamallissa korostettiin moniammatillisen suunnitelman huolellista tekemistä, yksilöllisiä ja arkeen sidottuja tavoitteita ja menetelmiä sekä viikko-ohjelman käyttöönottamista. Viikko-ohjelma todettiin hyväksi myös Vuorijärven (2018, 48, 62) tutkimuksessa sitoutettaessa avainhenkilöitä kuntoutumisprosessiin. Konkreettiset tavoitteet olivat pohja kuntoutumisprosessille myös Viitikon ja Lehmuksen (2017, 24) sekä Tekesin (2014, 45, 47) kotihoidon raporteissa lisäten selvästi asiakkaiden aktiivisuutta prosessissa. Huolellista suunnitelman tekemistä on käsitelty myös Pikkaraisen (2020, 64, 67) väitöskirjatutkimuksessa, jossa tarkka asiakkaan kuuntelu mahdollisti kuntouttajan ja kuntoutujan yhteisen ymmärryksen syntymisen pohjana hyvälle kuntoutumissuunnitelmalle.

Asiakkaan omatoimisuutta tukevien suunnitelmien tekeminen vaatii myös osaamista. Kehittämistiimin mielestä esimiehen rooli oli tärkeä mahdollistamaan henkilökunnalle tarvittaessa koulutusta. Lisäkoulutuksen tarvetta tuki myös Turjamaan (2014, 56, 67) väitöskirjatutkimus, jonka mukaan kotihoidon työntekijöiden ei ollut helppoa tunnistaa asiakkaiden todellisia voimavaroja

tehdessään hoitosuunnitelmia ja asiakkaiden puolesta tekeminen oli arkipäivää. Kuntoutusosaamisen puolesta oli myös Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä tutkimus, jonka mukaan kotihoidon työntekijöiden osaamista tulisi vahvistaa erityisesti kuntoutumissuunnitelmia tehtäessä (Kehusmaa ym. 2017).

**Kuntoutuksen toteutuksen** haasteena nostettiin esille arkikuntoutuksen vähäisyys, ja uudessa toimintamallissa arjen harjoittelu otettiin pohjaksi toiminnalle. Clemsonin ym. (2012) sekä Kjerstadin ja Tuntlandin (2016, 7) tutkimuksissa arkeen sidotut harjoitteet nähtiin erittäin tärkeäksi lisäten päivittäistä ja säännöllistä harjoitteiden toteuttamista sekä asiakkaiden sitoutumista. Moniammatillinen arkikuntoutus oli myös tuloksekkaampaa ja kustannustehokkaampaa. Kukoistava kotihoito -hankkeen raportin mukaan arkikuntoutuksen lisääminen tuki asiakkaan elämän arkista suunnittelua, jossa asiakkaan rooli kuntoutumisen myötä hiljalleen kasvoi (Janhunen ym. 2018, 48).

Esimiehen tuella nähtiin olevan suuri merkitys arkikuntoutuksen toteutumiseen ja hoitajien uskoon asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Vähäkangas (2010, 84–85) on nostanut myös tutkimuksessaan esille lähijohtajan merkityksen hoitajien kuntouttavan työotteen käyttämisessä. Tärkeää oli henkilökunnan kannustus, oppimisen tukeminen sekä hoidon tulosten seuranta. Lähijohtaja tuki työntekijöiden työssäjaksamista myös työvuorosuunnittelulla. Tässä opinnäytetyössä lähijohtajan tarjoama ongelmatilanteiden tuki, tarvittavan ajan mahdollistaminen arkikuntoutukseen sekä palaute henkilöstölle koettiin myös tärkeäksi asiakkaan kuntoutumista tukemassa.

Syynä arkikuntoutuksen vähäiseen toteutumiseen otettiin esille kiire ja henkilöstöresurssit, joita pyrittiin helpottamaan hyvällä suunnittelulla. Vuorijärven (2018, 45) kotihoidolle tekemässä tutkimuksessa ajan riittämättömyys arkikuntoutukseen oli myös haaste ja ratkaisuja etsittiin työnorganisoinnin kautta. Kuntoutuksen toteuttamista helpottamaan nähtiin tärkeänä hyvä työajan suunnittelu myös Knuutisen (2013, 30–31) tutkimuksessa. Räsänen (2011, 175) väitöskirjatutkimuksen mukaan hyvällä henkilöstömitoituksella ei välttämättä ollut suoraa yhteyttä hoitotyön tekemiseen ja ikääntyneen hyvään elämänlaatuun. Ikääntyneen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin korostaminen oli tutkimuksen mukaan koko toiminnan ydin.

**Moniammatillisen yhteistyön** haasteina oli yhteisten palavereiden vähäisyys ja sitoutumattomuus yhteiseen tekemiseen, joihin uudella toimintamallilla pyrittiin vastaamaan. Isoherrasen (2012, 153—155) ja Koskelan (2013, 96) väitöskirjatutkimuksissa todettiin myös samanlaisia haasteita. Vastuukysymyksiin sekä kokonaisvaltaisen tiedon kokoamisen ongelmiin etsittiin ratkaisuja tapaa-  
miskäytännöillä ja toisten ammattiosaamisen tunnistamisella. Toimivan moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä korostettiin myös Clouston ym. (2018) tutkimuksessa, jossa ammattiryhmien yhteisiä päätöksiä ja vastuuta asiakkaista korostettiin, mikä lisäsi keskinäistä luottamusta ja yhteisen kielen syntymistä työyhteisössä.

## 9.2 Tutkimuksen menetelmävalintojen arviointia ja oman osaamisen kehittyminen

Tutkimuksellisenä lähestymistapana tässä opinnäytetyössä minulla oli toimintatutkimus, mitä pidin hyvänä valintana. Ojasalo (2009, 59—60) kirjoittaa toimintatutkimuksen hyvistä puolista juuri tutkimuksellisessa kehittämistyössä, jossa lähtökohtana on muuttaa nykyisiä toimintatapoja. Työelämälähtöisyys oli ajankohtainen tapa kehittää työtä sekä mahdollisti tulosten hyödyntämisen suoraan käytäntöön. Toimintatutkimus mahdollisti minulle uusia tapoja tulkita ja ratkaista käytännön ongelmia. Kananen (2014, 139) kirjoittaakin, kuinka työelämä vaatii nykyään työntekijöiden jatkuvaa oppimista ja tulosvastuullisuutta tavoiteltaessa myös taloudellisesti parempia tuloksia.

Kananen (2014, 138) näkee toimintatutkimuksen yhtenä suurimmista haasteista tutkijan perehtyneisyyden omaan työhön, mikä voi estää esille otettujen asioiden näkemistä uudella tavalla. Edukseni tässä opinnäytetyössä katsoin oman perehtyneisyyteni kotihoidon välillisesti toimiessani lyhytaikayksikössä, jossa kotihoidon asiakkaat käyvät säännöllisesti jaksoilla sekä teoreettisen tiedon kautta. Yhteistyö kotihoidon kanssa on avannut minulle näkökulmia heidän työhönsä, mutta ei ole rajoittanut minua näkemästä esille tulleita asioita ja haasteita myös laajemmassa yhteydessä.

Haasteena toimintatutkimuksessa on myös tilannesidonnaisuus. Ojasalon (2009, 59) mukaan aikaisempien tutkimustulosten hyödyntäminen ja vertailu

voi olla vaikeaa. Myös itse huomasin aikaisempiin tutkimuksiin vertailun haastavaksi. Runsaasta materiaalista keskeisimpien asioiden löytäminen oli vaikeaa. Aikaisempien tutkimusten tulokset olivat usein eri yhteyksissä ja ympäristöissä saatuja tai ne liittyivät eri hankkeissa pilotoituihin malleihin. Tässä opinnäytetyössä pilotointivaihetta ei enää käsitelty, mikä vaikeutti osittain kyseisten tulosten hyödyntämistä.

Toimintatutkimuksen ongelmiksi voivat muodostua myös lähtötilanteen riittämättömän selvittäminen ja epärealistinen aikataulu (Ojasalo 2009, 59). Tässä opinnäytetyössä SWOT-analyysin näin erittäin tärkeäksi pohjustamaan uuden toimintamallin suunnittelua ja merkitystä. Alkukyselyyn vastaaminen oli kuitenkin niukkaa, mikä mielestäni kertoi osittain työntekijöiden väsymyksestä kehittämistoimintaan Covid-19-epidemian aikana. Aikataulu syksyn työpajoille oli tiukka, mikä vaati jatkuvaa raportointia ja keskeisimpien kehittämiskohteiden nopeaa jäsentämistä. Kolmas työpaja ei ollut alkuperäisessä suunnitelmassa, mutta uuden toimintamallin kehittäminen vaati arvioitua enemmän aikaa. Pilotoinnin aloittamista jouduttiin siirtämään aiotusta parilla kuukaudella eteenpäin.

Kehittämistyöpajoja pidin erittäin tärkeinä mahdollistamaan ongelmien yhteistä käsittelyä ja ratkaisua. Kanasen (2014, 73) mukaan ryhmäytyminen toimivaksi tiimiksi vaatii aikaa, mikä tulisi ottaa huomioon kehittämistoiminnassa. Huomasin tämän myös omissa työpajoissani. Ensimmäisen kokoontumisen alussa osallistujat olivat epävarmoja, ja kommunikointi sekä mielipiteiden vaihto oli varovaista. Eri puolilta Kymenlaaksoa tulleet tiimin jäsenet eivät tunteneet entuudestaan toisiaan. Myös yhdenvertaisuuden löytyminen esimiesten ja työntekijöiden välillä vaati kaikkien sopeutumista ja tietojen sekä taitojen aitoa hyödyntämistä moninäkökulmaiseksi kokonaisuudeksi. Työpajoissa tarjoamani kahvihetki rentoutti selvästi tunnelmaa ja vapautti keskustelua.

Valitsemani aineiston keruumenetelmät (Learning Cafe ja aivoriihi) olivat suurimmalle osalle työntekijöistä vieraita. Ryhmätoiminnan kulkua ja tavoitteita tuli selvittää ennen työpajojen alkua ja toteutuksen aikana tarkasti. Erityisesti konkreettisten kehittämis ehdotusten tuottaminen aivoriihivaiheessa oli työntekijöille haastavaa. Ryhmätoiminnan koin kuitenkin hyvin hedelmälliseksi, ja erityisesti työpajojen tuotosten esittelyssä uusia näkökulmia otettiin esille eri ammattiryhmien välillä runsaasti.

Mielestäni työpajatoiminta tuki osallistujien ammatillista kehittymistä. Lehtonen ym. (2014, 12) näkevätkin ns. ketterien kehittämismenetelmien ohjaavan toimijoita jaettuun vastuuseen, jossa eri ammattiryhmät oppivat näkemään toiminnan ratkaisut kokonaisuuden kannalta. Kananen (2014, 140) pitää toimintatutkimuksen aikana tapahtuvaa oppimista jopa tehokkaampana kuin perinteisessä opetuksessa.

Kanasen (2014, 68—69) mukaan yhteiskehittämisessä lopputulos riippuu paljon tutkijan aktiivisuudesta. Vetäjällä on ryhmätilanteissa kuuntelijan ja ryhmähengen luojan rooli, jossa sosiaaliset taidot ovat tärkeässä roolissa. Työpajojen vetäminen vaati minulta aktiivista ja rohkeaa osallistumista. Tiimiläisten hyväksynnän saamista vetäjänä ja kehittäjänä pidin hyvin tärkeänä. Ryhmätilanteissa annoin teoreettisen tietämykseni ja osaamiseni kehittämistiimin käyttöön tarjoten tukea toimintatutkimuksen syklin eri vaiheissa. Opin työpajoja vetäessäni, että hyvän ryhmän vetäjän ja tutkijan tulee osata johtaa myös itseään, jolloin työelämän toimintatapojen kehittäminen ja edistäminen onnistuvat kannustavasti ja tulevaisuustietoisesti.

Tämän opinnäytetyön avulla pystyin hyödyntämään ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuomaa tietoperustaa sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä ja johtamisesta, mikä helpotti työpajojen vetämistä, ongelmanratkaisutilanteita sekä tulosten tulkintaa. Toimintamallin keskiössä oli asiakas, ja toimintaa kehitettäessä asiakaslähtöisyyteen liittyvät tietoni ja taitoni lisääntyivät yhdistyen käytännön työelämätilanteisiin. Opinnäytetyöni myötä silmäni avautuivat moniammatillisuuden suuresta merkityksestä tehokkaassa ja laadukkaassa kuntoutuksessa, jossa johtotähtenä on asiakkaan kuntoutuminen. Hyödyntämällä tietoja valtakunnallisesta ja kansainvälisestä kuntoutuspolitiikasta sain laajan näkökulman kehittämistyöni aiheen merkityksestä ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiselle ja koko vanhustyölle.

### 9.3 Toimintatutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta pidetään tieteellisen tiedon tunnusmerkkinä, jossa tarkastellaan tutkimusmenetelmiä, prosessia ja saatuja tuloksia. Kehittämistoiminnassa luotettavuutta voidaan kuvata myös sanoilla käyttökelpoisuus ja hyödyllisyys.



(Toikko & Rantanen 2009, 121—123). Kanasen (2014, 131) mukaan laadullinen tutkimus eroaa lähtökohdiltaan kvantitatiivisesta tutkimuksesta, jossa tutkija antaa oman näkemyksensä ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnin lähtökohdiana on tarkka dokumentaatio, jotta ulkopuolinen arvioitsija voi muodostaa selkeän käsityksen prosessista ja saaduista tuloksista.

Tutkimuksen selkeä kuvaaminen lisää luotettavuutta ja edellyttää raportoijan huomion kiinnittämistä sen yksityiskohtaisuuteen ja johdonmukaisuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2011, 141). Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta pyrin lisäämään taustoittamalla kehittämistyön lähtökohdat mahdollisimman tarkasti. Mahdollisimman tuoreilla ja monipuolisilla lähdevalinnoilla olen myös lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta. Johdonmukaisuutta lisäsin tarkalla menetelmävalinnan kuvauksella, jonka vaiheiden mukaisesti opinnäytetyön raportointi eteni. Raportissa olen pyrkinyt myös tarkkaan aineistonkeräämisen menetelmien perusteluun ja tulosten kuvaamiseen. Suorilla lainauksilla aineistosta ja nauhoittamistani keskusteluista olen tuonut raporttiini lisää uskottavuutta.

Laadullinen tutkimus ei voi olla täysin objektiivinen vaan tutkimuksesta tulee tutkijansa näköinen (Kananen 2014, 136). Kun tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, tutkimuksen luotettavuudessa tulisi Tuomisen ja Sarajärven (2011, 136) mielestä huomioida myös puolueettomuus näkökulma. Tässä opinnäytetyössä olen välttänyt omien mielipiteideni tuomista tutkimustuloksiin ja perustelen tekemäni valinnat mahdollisimman tarkasti. Tulkinnat ja ratkaisut olen tehnyt vain saadusta aineistosta. Vaikka olin kehittämistyöpajoissa aktiivisesti mukana, pyrin pysymään niissä koko ajan puolueettomana sekä olemaan avoin ja rehellinen tulkitessani saatuja aineistoja.

Kanasen (2014, 137) mukaan raportoinnin kielenkäytössä tulisi noudattaa varovaisuutta ja välttää liiallista yleistämistä. Toimintatutkimuksessa pyritään selittämään ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja tulokset ja tulkinta pitävät paikkansa vain kyseisen tapauksen suhteen. Opinnäytetyöni raportoinnissa keskityin ilmiöiden tarkkaan selvittämiseen ja totuudenmukaiseen ja kriittiseen pohdintaan. Vältin puutteellista kirjaamista ja harhaanjohtavaa raportointia. Opinnäytetyön raportoinnissa luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään myös käyttämällä kirjoitustyyliä ”tässä opinnäytetyössä”.

Kehittämistoiminnan näkökulmasta tutkittavien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineistojen, menetelmien ja tuloksen luotettavuuteen. Virhemahdollisuus kasvaa, mikäli tutkittavat eivät osallistu kaikkiin kehittämisprosessin vaiheisiin. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Lähiesimiesten kannustuksella oli suuri merkitys heidän valitessaan asiantuntevat työntekijät kehittämissiimin jäseniksi. Työntekijöiden sitoutumista pyrin lisäämään henkilökohtaisilla kutsuilla työpajoihin. Aineistoa kerätessäni lisäsin osallistujien motivoitumista prosessiin käyttämällä osallistavia menetelmiä työpajatyöskentelyssä. Työntekijät osallistuivatkin ahkerasti työpajoihin ja nimetty varahenkilö varmisti jokaisen alueen ”äänen kuulumisen” kehittämistyössä. Varahenkilöitä työpajoissa tarvittiin kuitenkin vähän.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä myös antamalla tutkittavien tutustua saatuihin tuloksiin. Tutkittavien ollessa samaa mieltä saaduista tuloksista katsotaan sen lisäävän luotettavuutta. (Kananen 2014, 135.) Omassa opinnäytetyössäni varmistin tulosten luotettavuutta käymällä osallistujien kanssa lävitse edellisissä työpajoissa saatuja aineistoja ennen uuden työpajan aloittamista. Työpajatyöskentelyn päätyttyä lähetin vielä jokaiselle henkilökohtaisesti eri työpajoista saadut tuotokset ja kehitetyn toimintamallin pohjan tarkasteltaviksi.

Triangulaation käyttö on yksi tapa lisätä tutkimusaineiston luotettavuutta. Tutkijoina voi toimia useampia eri henkilöitä tai tietoa kerätään tutkittavasta ilmiöstä useilla erilaisilla menetelmillä. Vähintään kolmen tiedonkeruumenetelmän käyttäminen lisää jo aineiston luotettavuutta. (Kananen 2014, 135.) Opinnäytetyössäni käytin erilaisia aineistonkeruun menetelmiä, mikä mahdollisti käsitellyn asian syvemmän ymmärryksen. Learning Cafessa toistui myös alkukartoituksessa esille nostettuja asioita, joiden käsittelyä jatkettiin vielä aivoriihi vaiheessa, kun etsittiin konkreettisia ratkaisuja esille nostettuihin käytännön ongelmiin. Käsitökseni tutkittavasta ilmiöstä koko ajan syveni saatujen uusien aineistojen ja kehittämistyön etenemisen myötä.

Eettinen sitoutuneisuus ohjaa myös tieteellisesti hyvää tutkimustoimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Työelämälähtöisessä kehittämistyössä on kyse inhimillisestä toiminnasta, jossa tavoitteet tulee olla korkean moraalin mukaisia. Kehittämistyön säännöt noudattavat ihmisten välisten vuorovaikutusten

sääntöjä, jossa hankkeeseen osallistuvien henkilöiden vajavaisuudet näkyvät myös koko hankkeen vajavaisuuksina. (Ojasalo ym. 2009, 48.)

Tutkimusaiheen valintaa pidetään jo eettisenä kysymyksenä. Tutkimuksessa on tärkeää sen käytännön työelämän hyödyttävyyden yhteiskunnallista merkittävyyttä unohtamatta (Ojasalo ym. 2009, 49). Tässä opinnäytetyössä pyrin huolellisesti pohjustamaan kehittämistyön merkitystä Kymsoten organisaatiolle, joka oli myös toimeksiantajani. Uuden toimintamallin kehittäminen oli myös osa laajaa kotihoidon kehittämishanketta Kymsotessa. Työntekijöiden työnku- van monipuolistumista ja tavoitteellisen ja asiakaslähtöisen toiminnan lisääntymistä olen pitänyt kehittämistyön johtotähtenä läpi koko toiminnan.

Tutkijan epärehellisyyteen liittyy toisten tai omien tekstien plagiointi (Ojasalo 2009, 49). Karjalainen (2002, 65) käyttää epärehellisyydestä nimitystä vilppi, jossa toinen tutkija käyttää ominaan toisen tutkijan tuloksia. Tekstissä käytetyt viittaukset ja sitaatit tulee olla oikein (Mäkinen 2006, 123). Tutkimusraportisani olen välttänyt toisten tutkijoiden tekstien suoria lainauksia. Olen merkinnyt jokaisen viittauksen Xamkin raportointiohjeita tarkasti noudattaen.

Eettisyydelle on tärkeää, että tutkittavat tietävät toiminnan tarkoituksen, kohteen ja tavoitteet. Tutkittavien on tiedettävä heidän tarkka roolinsa toiminnan kehittämisessä. Osallistuminen on vapaaehtoista, jolloin tutkija joutuu miettimään myös suostuttelun ja pakottamisen rajaa. (Ojasalo 2009, 49.) Ennen ensimmäistä aineistonkeräämistä laitoin jokaiselle tutkittavalle saatekirjeen, jossa selvitin kehittämistyöni tarkoituksen ja tavoitteet sekä vapaaehtoisuuden kehittämistyöhön osallistumisesta (ks. liite 1). Työpajoihin lähiesimiehet etsivät työntekijät, jotka olivat halukkaita kehittämistyöhön. Työpajoihin osallistujat täyttivät myös kirjallisen lomakkeen, jossa pyysin heidän suostumuksensa työpajoista saatujen tuotosten käyttämiseen opinnäytetyössäni (ks. liite 3).

Anonymiteetti vapauttaa Mäkisen (2006, 114—120) mukaan tutkijan käsittelemään arkojakin aiheita joutumatta pelkäämään tutkittavien paljastumista tutkimuksesta. Todenmukaisia vastauksia kohderyhmäläiset antavat erityisesti tilanteissa, jolloin heidän nimettömyytensä on taattu (Ojasalo 2009, 48). Saatekirjeessä selvitin tutkittaville heidän anonymiteettinsä säilyttämistä (ks. liite 1).

Erityisesti kirjallisesti toteutetussa SWOT-analyysissä koin osallistujien vastan-  
tanneen rehellisesti ja kaunistelemattomasti nykytilakyselyyn. Työpajoissa ko-  
rostin keskustelujen olevan ryhmätilanteissa avoimia ja nauhoittamieni kes-  
kustelujen sekä tuotosten jäävän vain minun käyttööni. Raportoinnissa käytin  
tutkittavien suoria kommentteja, mutta huomioin niissä tunnistamattomuuden.

Tärkeää on myös huolellisesti harkita tutkimusaineiston säilyttämiseen liittyviä  
asioita. Mäkisen (2006, 120) mukaan aineistosta kannattaa korkeintaan säilyt-  
tää vain osat, joihin raportin argumentit ja analyysit perustuvat ilman kehittä-  
misyöhön osallistuneiden henkilöiden tunnistamista niistä. Varmistaakseni,  
ettei kerätty materiaali joudu väärin käsiin tai osallistujien tunnistaminen olisi  
mahdollista, en arkistoi työpajoista ja alkukyselystä keräämääni aineistoa.  
Työpajojen tuotokset hävitetään lopullisen raportin valmistuttua.

#### 9.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyneiden palveluntarvetta arvioi-  
taessa tulisi aina selvittää heidän kuntoutumisensa edellytykset oikea-aikai-  
sesti ja moniammatillisuutta hyväksi käyttäen. Varhaisella kuntoutumistarpeen  
arvioinnilla sekä yksilöllisellä ja moninäkökulmaisella suunnittelulla on mahdol-  
lista parantaa ikääntyneen kuntoutumista kotihoidossa. Lähiesimiehen tuki ja  
avainhenkilöiden osoittaminen ja sitouttaminen koko kuntoutumisprosessiin on  
pohja laadukkaalle, tehokkaalle ja asiakaslähtöiselle ikääntyneen kuntoutumi-  
sen tukemiselle kotihoidossa, jossa asiakkaan omassa toimintaympäristössä  
tapahtuva arkikuntoutus on avainasemassa.

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisesti toteutetun kuntouttavan arviointi-  
jakson toimintamallin lähtökohtana oli varhainen kuntoutumistarpeen arviointi,  
asiakaslähtöinen ajattelu ja moniammatillinen laaja näkemys toimintakyvystä  
ja sen tukemisesta. Vahvistamalla asiakkaan toimijuutta elämässään ja arjes-  
saan voidaan tämän tutkimusten tulosten mukaan vastata ikääntymisen tuo-  
miin haasteisiin. Ryytäsen (2020, 99) tuoreen sote-raportin mukaan tehok-  
kaasti ja oikea-aikaisesti toteutetut kuntouttavat toimet lisäävät valtakunnalli-  
sestikin ikääntyvien kotona selviytymisen mahdollisuuksia ja vähentävät laitos-  
hoidon tarvetta.

Johdon ja sidosryhmien tuki ja kiinnostus kehittämiseen on tärkeää, jotta uusilla toimintamalleilla on mahdollisuus juurtua osaksi organisaation toimintaa. Tämän toimintatutkimuksen tuloksena toteutetulla uudella toimintamallilla näen hyvät edellytykset olla osa kotihoidon käytännön työtä myös tulevaisuudessa. Kehittämisessä johdon sitoutuminen ja tuki näkyivät tarkkana toimintatutkimuksen etenemisen seurantana. Koti-, asumis- ja hoivapalveluiden kehittämiskoordinaattori tuki myös koko ajan prosessia ollen mukana jokaisessa työpajassa. Koko Kymsoten alueen kiinnostuksesta kehittämistyöhön kertoi myös toimintamallin valmistumisen ja pilotoinnin aloittamisen yhteydessä julkaistu tiedote, joka tavoitti myös paikalliset lehdet ja radion.

Tästä toimintatutkimuksesta kokeiluun otetun kuntouttavan arviointijakson toimintamallin myötä myös muiden kuntouttavien toimintatapojen ja sisältöjen kehittäminen Kymsotessa olisi ajankohtainen. Arvioimalla ja kehittämällä myös SAS (selvitys, arviointi, sijoitus) -arviointiprosessissa käytössä olevaa ns. tehokuntoutusjaksoa olisi alueen kuntouttavilla toimintamalleilla vielä parempi mahdollisuus ehkäistä kasvavaa palveluntarvetta kotihoidossa. Moniammatillinen toimintakyvyn arviointi on haaste työntekijöille, ja sen kehittäminen mahdollistaisi tehokkaamman kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden seurannan. Kuntoutusosaamisen tarvetta olisi myös hyvä kartoittaa laajemminkin henkilöstöltä, jotta mahdolliset lisäkoulutukset tulisi kohdennettua oikeisiin asioihin ja oikeille ammattiryhmille.

Työn kotihoidossa tulisi olla kuntouttavaa, ja erilaisten kotikuntouksen muotojen kehittämistä pidetään yhtenä kotihoidon peruspilareista (sote-uudistus). Laadukas ja tehokas kuntoutus kotihoidossa vaatii moniammatillista toimivaa yhteistyötä, joten tämä toimintatutkimus oli erittäin ajankohtainen. Yhdessä kehittäminen vaatii kaikkia osapuolia tarkastelemaan uudelleen työkäytäntöjään ja toimintamallejaan. Yhdyn tässä kohtaa asiakkaan moniammatillista ohjausta käsitelleen Jari Helmisen (2017, 27) sanoihin: ”Yhdessä tekeminen edellyttää yhteisen ymmärryksen rakentamista.” Yhteiskehittäminen toi myös kannustavan viestin haasteissa kamppailevalle kotihoidon kentälle: ”Emme ole yksin.”

## LÄHTEET

- Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 56—73.
- Clemson, L., Fiatarone, M. A., Bundy, A., Cumming, R. G., Manollaras, K., O'Loughlin, P. & Black, D. 2012. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people: randomised parallel trial. E-artikkeli. *British Medical Journal* 345, 1 – 15. Saatavissa: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4547> [viitattu 12.12.2021].
- Clouston, T J., Whitcombe, S W., Jenkins, J. and Mears, J. 2018. Evaluation of interprofessional working on a therapist/nurse-led rehabilitation ward for older people in Wales. E-artikkeli. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 25, 193—197. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://orca.cf.ac.uk/111066/1/ijtr.2017.0044\\_R2.pdf](http://orca.cf.ac.uk/111066/1/ijtr.2017.0044_R2.pdf) [viitattu 1.1.2021].
- D'Amour, D., Beaulieu, M., Ferrada-Videla, M. & Rodriguez, L. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. E-artikkeli. *Journal of interprofessional care* 19, 116—131. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082529> [viitattu 26.1.2020].
- Elo, S., Isola, A., Routasalo, P. & Saarnio, R. 2012. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals: nursing views. E-artikkeli. *International journal of older people Nursing* 7, 46—56. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/PrimoRecord/pci.wj10.1111%2Fj.1748-3743.2011.00277.x> [viitattu 20.1.2020].
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 2.2.2021].
- FCG. 2013. Kuntouttavan työotteen vaikuttavuuden arviointi FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen mittarilla. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fcg.fi/fin/ajankohtaista/2013/05/kuntouttavan-tyooteen-vaikuttavuuden-arviointi-fim-toimintakyvyn-ja-avuntarpeen-mittarilla/> [viitattu 12.1.2020].
- Helminen, J. 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Härkäpää, A. & Järvikoski, A. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Idström, K. & Reiman, T. 2018. Kotikuntouksen työpaja. PDF-dokumentti.

- Ikäinstituutti. 2016. VanhusValmentaja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/VanhusValmentaja\\_koulutus.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/VanhusValmentaja_koulutus.pdf) [viitattu 10.1.2020].
- Innokylä. 2013. SWOT. Toimintamalli. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli111751> [Viitattu 20.9.2020].
- Innokylä. 2017. Learning Cafe. Toimintamalli. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila> [viitattu 4.10.2020].
- InterRAI. 2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.interrai.org/home-care.html> [viitattu 3.1.2020].
- Ikonen, E.-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Ikäinstituutti. 2016. VanhusValmentaja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/VanhusValmentaja\\_koulutus.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/VanhusValmentaja_koulutus.pdf) [viitattu 10.9.2020].
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf) [viitattu 11.1.2020].
- Janhunen, E., Juntunen, K., Paltamaa, J. & Pikkarainen, A. 2018. Tehostettu kotikuntoutus. Kukoistava kotihoito on tahdon asia. Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Hallituksen kärkihanke. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia-1.pdf> [viitattu 26.9.2020].
- Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 393—401.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkaiden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 51—62.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Suomen yliopistopaino Oy.
- Karhula, M. Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 225—238.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-paino.

Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M.-L. 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava. THL – Tutkimuksesta tiiviisti 20/2017. Helsinki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUTI2017\\_20\\_Kotihoidon%20henkil%c3%b6st%c3%b6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUTI2017_20_Kotihoidon%20henkil%c3%b6st%c3%b6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 27.12.2020].

Kettunen, M. 2018. (toim.) Ikäopastin asiakasohjaus Kymenlaaksossa. Periaatteet ja toimintamallit. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 54/2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161262/R\\_54\\_2018\\_IkaOpastin.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161262/R_54_2018_IkaOpastin.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 21.3.2020].

King, A., Parsons, M. Robinson, E. & Jörgensen, D. 2012. Assessing the impact of restorative home care service in New Zealand; a cluster randomised controlled trial. E -artikkeli. *Health & Social care in the Community* 20, 365—374. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/PrimoRecord/pci.wj10.1111%2Fj.1365-2524.2011.01039.x?lng=fi> [viitattu 19.2.2020].

Kjerstad, E. & Tuntland, H. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*. E-artikkeli. *Health Economics Review* 6,15. WWW-dokumentti. Saatavana: [file:///C:/Users/Arto/Downloads/Kjerstad-Tuntland2016\\_Article\\_ReablementInCommunity-dwelling.pdf](file:///C:/Users/Arto/Downloads/Kjerstad-Tuntland2016_Article_ReablementInCommunity-dwelling.pdf) [viitattu 1.1.2021].

Knuutinen, T. 2013. ”Eihän ny kauan mee vartin rappukävelyyn”. Kuntouttavan työotteen mallin kehittäminen Pälkäneen kunnan kotihoitoon. Lahden ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62247/Knuutinen\\_Tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62247/Knuutinen_Tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 4.1.2020].

Koskela, S. 2013. ”Mie vaan teen oman työni”. Toimintatutkimus moniammatillisen yhteistyön ja ohjausosaamisen kehittämisestä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42061/978-951-39-5330-0.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 27.12.2020].

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 547—564.

Kulmana, J. 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PK-kustannus.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kymsote. 2019a. Palvelujen saatavuus- ja saavutettavuus – toimeenpanosuunnitelma. PDF-dokumentti.



Kymsote. 2019b. Kotikuntoutus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/fi/Palvelut/Terveys--ja-sairaanhoitopalvelut/Kotikuntoutus/p/kotikuntoutus> [viitattu 4.1.2020]

Kymsote. 2020a. Tietoa Kymsotesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta> [viitattu 2.1.2020].

Kymsote. 2020b. Kymsoten kotihoidossa vakinaistetaan 41 hoitajaa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/fi/kymsoten-kotihoidossa-vakinaistetaan-41-hoitajaa> [viitattu 1.2.2020].

Käsmä, T. 2011. Kuntouttava hoitotyö Kiimingin Jaarankartanon palvelukeskuksessa ja kotihoidossa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36781/Kasma\\_Tarja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36781/Kasma_Tarja.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 10.1.2020].

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

Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2013. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Lehtonen, T., Tuomivaara, S., Rantala, V., Känsälä, M., Mäkilä, T., Jokela, T., Könnölä, K., Kaisti, M., Suomi, S., Isomäki, M. & Ylitolva, M. 2014. Sulautettujen järjestelmien ketterä käsikirja. Turku: Painosalama Oy. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/99142/Sulautettujen\\_jarjestelmien\\_kettera\\_kasikirja\\_Painos1.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/99142/Sulautettujen_jarjestelmien_kettera_kasikirja_Painos1.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 2.1.2021].

Leskinen, T. & Hult, H.-M. 2010. Kokonaisvaltainen hyvinvointi. Kristallisoitua toimintasi. Saavuta tavoitteesi. Latvia: Tammi.

Lewin, G. & Vandermeulen, S. 2010. A non-randomized controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *E-artikkeli. Health & Social Care in the Community* 18, 91—99. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/PrimoRecord/pci.wj10.1111%2Fj.1365-2524.2009.00878.x?lng=fi> [viitattu 19.2.2020].

Luk, J.K.H. 2012. Rehabilitation in older people: know more, gain more. E-artikkeli. *Hong Kong Medical Journal* 18, 56 – 59. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hkmj.org/system/files/hkm1202p56.pdf> [viitattu 24.1.2021].

Marinin hallitusohjelma. 2019. Ikäystävällisempi Suomi. Tavoite 3. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi> [viitattu 4.1.2020].

Markkanen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf) [viitattu 10.1.2020].

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gummerus.

Nardic. 2015. What are home rehabilitation support services? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://naric.com/?q=en/FAQ/what-are-home-rehabilitation-support-services> [viitattu 15.1.2020].

O'Brien, R. 1998. An Overview of the Methodological Approach of Action Research. Faculty on information Studies, University of Toronto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.web.net/~robrien/papers/arfinal.html> [viitattu 2.2.2021].

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 37—55.

Paltamaa, J, Pikkarainen, A. & Janhunen E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 52/2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161256/R\\_52\\_2018\\_Kuntoutuskokei\\_korj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161256/R_52_2018_Kuntoutuskokei_korj.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 8.3.2020].

Pikkarainen, A. 2017. Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Ikäosaamisen verkkojulkaisu Ikä NYT! 1/2017. Karelia-ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/> [viitattu 10.1.2020].

Puusa, A., Reijonen, H., Juuti, P. & Laukkanen, T. 2012. Akatemiasta markkinapaikalle. Johtaminen ja markkinointi aikansa kuvina. Helsinki: Talentum.

Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71384/978-951-39-8250-8\\_vaitos18092020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71384/978-951-39-8250-8_vaitos18092020.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 1.1.2021].

Ranta, I. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Porvoo: Bookwell Oy.

Reiman, T. 2018. Kymenlaakson maakunnallinen yhteensovitettu ikäihmisten palvelukokonaisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymenlaaksonopastin.fi/ajankohtaista-ammattilaisille/212-kymenlaakson-maakunnallinen-yhteen-sovitettu-ikaihminen-palvelukokonaisuus> [viitattu 25.1.2020].

Ryynänen, O.-P., Vauramo, E., Malmi, T. & Koikkalainen, V. 2020. Sote- ja ikääntymisen ongelmat -Selviämispolun etsintää. KAKS – kunnallisalan kehittämissätiö. Kunnallisalan kehittämissätiön Julkaisu 35. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2020/09/sote-ja-ikaantymisen-ongelmat.pdf> [viitattu 1.1.2021].

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen\\_Riitta\\_DORIA.pdf?sequence=4](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4) [viitattu 1.1.2021].

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Menetelmäopetuksen tietovarasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html> [viitattu 20.1.2020].

Salmelainen, U. & Mäki, J. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen yhteistyö ja tiedonkulku. Teoksessa Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.). Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://moodle.xamk.fi/pluginfile.php/1614207/mod\\_resource/content/1/Salonen.pdf](https://moodle.xamk.fi/pluginfile.php/1614207/mod_resource/content/1/Salonen.pdf) [viitattu 12.1.2020].

Sipiläinen, H. 2016. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksikössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014 /1301.

Sote-uudistus. s.a. läkkäiden palvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/iakkaiden-palvelut> [viitattu 9.1.2021].

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 3.1.2020].

STM. 2015. Monialainen kuntoutus – tilannekatsaus. Muistioita ja raportteja 18. Helsinki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70343/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3509-9.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70343/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf) [viitattu 15.1.2020].

STM. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf) [viitattu 3.1.2020].

STM. 2017b. Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportti. WWW dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 4.1.2020].

STM. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Muistioita ja raportteja. Helsinki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29\\_2019\\_Ikaihmisten%20kotihoiton%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihmisten%20kotihoiton%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf) [viitattu 4.1.2020].

Sukula, S. & Vainiemi, K. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 4. Kela. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8> [viitattu 21.3.2020].

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Metodix. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/> [viitattu 20.1.2020].

Taipale, T & Sirola, K. 2017. Osallistavat menetelmät. Vinkkejä ja virikkeitä kouluttajille. KSL. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ksl.fi/wp-content/uploads/2017/10/Osallistavat-menetelm%C3%A4t-KSL-verkko.pdf> [viitattu 15.1.2020].

Tekes. 2014. Kotihoito 2020: Kymmenen askeleen ohjelma kotihoitoon. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014\\_03\\_25\\_Kotihoito\\_2020\\_-\\_10\\_askeleen\\_ohjelma\\_kotihoitoon.pdf](https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25_Kotihoito_2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon.pdf) [viitattu 27.9.2020].

Teoli, D & An, J. 2019. Swot analysis. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/#article-29790.s1> [viitattu 8.9.2020].

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 31.12.2010 / 1326.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tung, Y., Cooke, M. & Moyle, W. 2013. Sources older people draw on to nurture, strengthen and improve self-efficacy in managing home rehabilitation following orthopaedic surgery. *E-artikkeli. Journal of Clinical Nursing* 22, 1217—

1225. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://kaakkuri.finna.fi/PrimoRecord/pci.gale\\_hrca325587491](https://kaakkuri.finna.fi/PrimoRecord/pci.gale_hrca325587491) [viitattu 15.1.2020].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, R. & Tuuri, K. 2017. Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä – Toimintakyvyn näkökulma. Suunnitelmallinen toimintakyvyn tukeminen hoitotyössä – kysely. Teoksessa Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 228—241.

Turjamaa, R. 2014. Older people`s individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1616-7/urn\\_isbn\\_978-952-61-1616-7.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf) [viitattu 17.12.2020]

Työterveyslaitos. 2019. Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/koulutus/potilassiirtojen-ergonomiakortti/> [viitattu 15.1.2020].

Vanhala, A., Niemi, O. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutumista tukeva työote. Teoksessa Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A.-L. & Ylinen, A. (toimi.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 264—267.

Viitala, R. & Jylhä, E. 2013. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita.

Viitikko, T. & Lehmus, R. 2017. Integroitu palvelupolku ja asiakkuuden johtaminen. Teoksessa Tepponen, M., Viitikko, t., Lehmus, R., Heikkilä, H., Nurminen, S., Nummela, T., Suhola, T. ym. (toim.). Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttava toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) – hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68\\_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa\\_loppuraportti3010.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf) [viitattu 22.3.2020].

Vuorijärvi, A.-M. 2018. Kotihoidon asiakkaan kuntoutus. Kuntoutussuunnitelmat käytäntöön - kuntouttavalla työotteella yhdessä eteenpäin. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/144821/Vuorijarvi\\_Anne-Mari.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/144821/Vuorijarvi_Anne-Mari.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 10.1.2020].

Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja. 20 työkalua. Helsinki: Talentum.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf> [viitattu 10.1.2020].

Wills, J. & Edwards, C. 2014. Action research. Models, methods and examples. St. John Fisher College. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://ebook-central.proquest.com/lib/xamk-ebooks/reader.action?docID=3316052> [viitattu 20.1.2020].

## KUVALUETTELO

Kuva 1. Kymsoten organisaatiokaavio 1.1.2020. lähtien (Kymsote 2020a. WWW-dokumentti Saatavissa: <a href="https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta">https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta</a> )....	8
Kuva 2. Tehokkaan moniammatillinen kuntoutustoiminnan tavoitteet Kymenlaakson kotihoidossa (mukaillen Kymsote 2019a).....	9
Kuva 3. Ikääntyneen kuntoutumisprosessi (mukaillen Autti-Rämö ym. 2016, 57) .....	10
Kuva 4. ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Mukaillen Paltamaa & Siirtola 2016, 39) .....	12
Kuva 5. Toimivan kotihoidon neljä peruspilaria (STM 2019).....	21
Kuva 6. Iäkkään palveluprosessi Eksotessa vuonna 2017 (Viitikko & Lehmus 2017, 20) .....	24
Kuva 7. Kuntouttava arviointijakso-toimintamalli (Janhunen ym. 2018, 49)....	26
Kuva 8. Tehostettu kotikuntoutus -toimintamalli (Janhunen ym. 2018, 60) ....	27
Kuva 9. Toimintatutkimukseni vaiheet (mukaillen Rothwell 1999, Kanasen 2014, 35 mukaan) .....	29
Kuva 10. Toimintatutkimukseni vaiheet sekä aineistonkeräämisen ja analysoinnin menetelmät.....	30
Kuva 11. SWOT-analyysin nelikentät .....	31
Kuva 12. Nykyisen toimintamallin ja moniammatillisen yhteistyön arvioinnin tulokset SWOT- analyysinä .....	37
Kuva 13. Moniammatilliseen kehittämistiimin osallistujat .....	39
Kuva 14. Ikääntyneen kuntoutumista tukevat tärkeät asiat kotihoidossa.....	41
Kuva 15. Kuntoutumistarpeen arvioinnin edellytykset .....	46
Kuva 16. Kuntoutumisen suunnittelun edellytykset .....	47
Kuva 17. Kuntoutuksen toteutuksen edellytykset .....	48
Kuva 18. Kuntoutumisen seurannan edellytykset.....	49
Kuva 19. Moniammatillisen yhteistyön edellytykset.....	50
Kuva 20. Esimiehen rooli ja tärkeät tehtävät .....	50
Kuva 21. Kuntouttavalle arviointijaksolle ohjautumis- ja kuntoutumistarpeen arviointivaihe .....	55
Kuva 22. Kuntoutumisen suunnittelu- ja tavoitteenasettamisvaihe.....	56
Kuva 23. Kuntoutuksen toteutusvaihe .....	56
Kuva 24. Kuntoutumisen seuranta- ja päätösvaihe .....	57

## Liite 1

Hei,

Tervetuloa kehittämään ikääntyneiden moniammatillista kuntoutusta Kymsoten koti-hoidossa. Tavoitteena tulevaisuudessa on yhä asiakaslähtöisemmät, tehokkaammat ja oikea-aikaiset ikääntyneiden kuntoutumista edistävät toimintatavat. Nykytilan kar-toituksen ja haasteiden tiedostamisen kautta voimme lähteä yhdessä kehittämään toi-mintaamme.

Oletko kiinnostunut tulemaan moniammatilliseen tiimiin kehittämään ikääntyneiden kuntoutumista tukevaa toimintamallia Kymenlaakson kotihoitoon? Kerro näkemyksesi mikä on ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutumista ohjaavan toimintamallin nykytila ja miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu tällä hetkellä. Tarkastelussa on koko ikääntyneen kotipalvelun asiakkaan kuntoutumista ohjaava prosessi: kuntoutustar-peen arviointi, suunnittelu, kuntoutuksen toteutus ja kuntoutumisen seuranta sekä moniammatillisen yhteistyön toteutuminen.

Kehittämistyö on osa allekirjoittaneen Monialainen toimintakyvyn edistäminen YAMK – tutkinnon opintoja XAMK:n Savonlinnan kampuksella. Tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet yliopettajat Merja Reunanen ja Tarja Turtiainen. Kymsotessa kehittämistyölle tutkimusluvan on antanut johtava ylihoitaja Hannele Mattila.

Kyselyyn vastataan nimettömästi, joten henkilöllisyytesi ei tule vastauksista ilmi. Osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuoli-sia henkilöitä ja taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Kehitetty moniammatillinen toimintamalli on tarkoitus ottaa koko Kymsotessa käyttöön keväällä 2021 ja tutkimuksen lopullinen raportti valmistuu 31.5.2021 mennessä.

Kyselyssä on 8 kysymystä, joihin toivon sinun antavan näkemyksesi. Vastausaika on **31.5.2020 saakka**. Vastauksesi taltioituu järjestelmään tallennuksen jälkeen auto-maattisesti. Jokainen vastaus on hyvin tärkeä.

**Tässä suora linkki kyselyyn:** <https://link.webropolsurveys.com/S/1E4FC807239D6D6A>

Annan mielelläni lisätietoja kehittämistyöstä.

Eija Toivanen, [eija.toivanen@kymsote.fi](mailto:eija.toivanen@kymsote.fi), 0406373536

Kehittämistyössä mukana Kymsoten KAH- palveluiden kehittämiskoordinaattori, koti-kuntoutuksen ja kotihoidon esimiehet ja päälliköt.



**Kysymykset:****Ikääntyneen kotihoidon piirissä olevan asiakkaan kuntoutumista ohjaava toimintamalli /käytännöt Kymsotessa.**

1. Millaisia vahvuuksia näet nykyisessä toimintamallissa tällä hetkellä?
2. Millaisia heikkouksia näet nykyisessä toimintamallissa tällä hetkellä?
3. Mitä mahdollisuuksia näet nykyisessä toimintamallissa?
4. Mitä uhkia näet nykyisessä toimintamallissa?

**Moniammatillisen yhteistyön sujuminen kotihoidon piirissä olevan ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa.**

5. Millaisia vahvuuksia moniammatillisessa yhteistyössä on tällä hetkellä?
6. Millaisia heikkouksia moniammatillisessa yhteistyössä on tällä hetkellä?
7. Mitä mahdollisuuksia moniammatillisessa yhteistyössä on?
8. Mitä uhkia moniammatillisessa yhteistyössä on?

## Liite 3

**Ikääntyneen kuntoutumisen tukeminen moniammatillisena yhteistyönä kotihoidossa – toimintatutkimus.****SUOSTUMUSLOMAKE**

Olen saanut riittävästi tietoa moniammatillisen toimintamallin kehittamisestä, joka toteutuu Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (Kymsote) kotihoidossa. Olen tietoinen, että osallistuminen on vapaaehtoista. Voin missä tahansa kehittämistyön vaiheessa keskeyttää osallistumisen syytä ilmoittamatta. Voin kieltää kehittämistyössä kerättyjen tietojeni käytön lähettämällä siitä kirjallisen ilmoituksen sähköpostitse tutkimuksen vastuulliselle tutkijalle (eija.toivanen@kymsote.fi). Kehittämistyöhön osallistuvien henkilöllisyys ja yksityiskohtaiset tiedot eivät käy ilmi raportissa. Suostumukseni ehtona on, että kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti ja vaadittavaa salassapitovelvollisuutta sekä henkilötietolakia noudattaen.

Annan suostumukseni siihen, että ryhmätilanteessa koottuja tietojani (työpajassa esille tuodut mielipiteet ja ajatukset) saadaan käyttää suostumusasiakirjassa kuvattuun kehittämistyöhön (  ) Kyllä (  ) Ei.

Paikka ja aika

---

Osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

D/1425/13.00.02/2020

Asia	Tutkimusluvan myöntäminen
Päätös	Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti opinnäytetyölle "Ikääntyneen kuntoutumisen tukeminen moniammatillisena yhteistyönä kotihoidossa -toimintamallin luominen", 1.2.2020-31.5.2021. Opiskelija Eija Toivanen, XAMK, Savonlinnan kampus, Monialainen toimintakyvyn edistäminen, YAMK. Kymsoten yhteyshenkilö on Noora Haimi. Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa sähköisesti osoitteeseen kirjaamo@kymsote.fi
Perustelut	Liitteenä olevassa tutkimuslupahakemuksessa ja tutkimussuunnitelmassa.
Viranomainen ja virka-asema	Päätös allekirjoitettu sähköisesti  Hannele Mattila Johtajaylihoitaja
Lisätietojen antaja	Hannele Mattila
Jakelu	Eija Toivanen, Noora Haimi
Liite	Tutkimuslupahakemus, tutkimussuunnitelma, XAMK-sopimus
Päätös nähtävänä	Kuntayhtymän kirjaamossa (Kotkantie 41, Kotka)
Oikaisuvaatimusohje (kuntalain mukainen oikaisuvaatimusmenettely)	Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla tuomioistuimeen.  <b>Oikaisuvaatimusoikeus</b> Oikaisuvaatimuksen saa tehdä: <ul style="list-style-type: none"> <li>• se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) ja</li> <li>• kuntayhtymän jäsenkunta ja jäsenkunnan jäsen.</li> </ul> <b>Oikaisuvaatimusaika</b> Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.  Oikaisuvaatimus on toimitettava Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän kirjaamoon viimeistään

määräajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä.

Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jolle muuta näytetään, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jolle muuta näytetään, kolmantena päivänä viestin lähettämisestä.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun päätös on julkaistu nähtäväksi yleisessä tietoverkossa.

Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusaajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

#### **Oikaisuvaatimusviranomainen**

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, on Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän hallitus.

Postiosoite, Kotkantie 41, 48210 Kotka  
Käyntiosoite Kotkantie 41 D 9, 48210 Kotka  
Sähköpostiosoite: kirjaamo@kymsote.fi  
Puhelinnumero: 040 6296 630 tai 05 22051  
Aukioloaika: ma-pe klo 9.00-15.00

#### **Oikaisuvaatimuksen muoto ja sisältö**

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta.

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava:

- päätös, johon haetaan oikaisua
- se, millaista oikaisua vaaditaan
- millä perusteella oikaisua vaaditaan.

Oikaisuvaatimuksessa on lisäksi ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero. Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.

## Liite 5

<p>SWOT -analyysi: Ikääntyneen kuntoutumista ohjaava toimintamalli</p> <p>Heikkoudet</p>	
<p>Alkuperäisilmaus</p>	<p>Teemoittelu</p>
<p>Vastaan tulee melko usein asiakkaita, joilla kuntoutustarve on huomattu liian myöhään ja niin sanottu kuntoutuspotentiaali menetetty. Kuntoutuksen ammattilainen kutsutaan paikalle, ikään kuin viimeisenä oljenkortena vaikka ammattilainen tulisi ottaa mukaan heti, kun asiakas tulee kotihoidon palvelujen piiriin. Vain osa pääsee palveluiden piiriin, riippuu ohjaavan tahon asenteesta Oikea-aikaisuuden ontuminen tarpeen arvioinnissa</p> <p>Suunnitelmissa osittain hankaluuksia, jos on kiire kotihoidossa ne jäävät tekemättä. Asiakkailla ei paperiohjeita kuntoutumisesta</p> <p>Kotona tapahtuva harjoittelu tulisi saada osaksi arkea, jolloin se vaatii joko asiakkaan omaa aloittekykyä jokapäiväiseen harjoitteluun tai esim. kotihoidon hoitajan, jolla aikaa asiakkaan kanssa toteuttaa päivittäiset harjoitteet. Tällä hetkellä resurssit ovat olleet pienet, ettei asiakkaalla ole ollut mahdollisuutta saada tukea jokapäiväiseen harjoitteluun. Meillä ei ole resursseja / instansseja, jotka toteuttaisivat ns. ylläpitävää kuntoutusta mitä moni asiakas kuitenkin tarvitsisi Heikkous on sama: paikkakunta- ja yksikökohtaista, ja täysin esimiehistä riippuu, miten kuntouttavaa työtä tehdään. Henkilökunnan resurssi – kuntouttava ja toimintakykyä tukeva työote kärsii ja puuttuu Kotikuntoutuksella ei resursseja ylläpitävään kuntoutukseen. Kotihoidolla ei aikaa. Kotihoidon ja kotikuntoutuksen eriytyneisyys. Toiminnat tapahtuvat erikseen ja toisistaan erillään, vaikka saman asiakkaan kanssa säännöllisesti toimitaan Hoitohenkilökunnan sitoutuminen, aika ei tahdo riittää toteuttamaan kuntoutusta niin, kuin se pitäisi tehdä. Kuntoutuksen jatkuvuus fysioterapeutin tai toimintaterapeutin käyntien ulkopuolella saattaa jäädä vähäiseksi harjoitusten osalta.</p> <p>Kontrollikäyntejä toteutetaan, mutta tämän jälkeen jää moni asiakas vain kotihoidon seurantaan, jolloin uuden interventiotarpeen havaitseminen voi jäädä huomaamatta.</p> <p>Asiakkaat eivät ole suostuvaisia osallistumaan oman kuntonsa kohentumiseen. Osa pystyy, mutta tahtotilaa ei, ei motivaatiota</p>	<p>Kuntoutumistarpeen myöhäinen havaitseminen</p> <p>Kuntoutumissuunnitelmien puuttuminen</p> <p>Arkikuntoutuksen vähäisyys</p> <p>Seurannan yksipuolisuus</p> <p>Asiakkaiden sitoutumattomuus</p>

## Liite 6

Learning Cafe: Kuntoutumissuunnitelma	
Alkuperäisilmaus:	Teemoittelu
<p>Mukana asiakas, omainen, vastuuhoitaja, fysioterapeutti. Monisäikeinen näkökulma. Myös toimintaterapeutti ja ravitsemusterapeutti tarvittaessa(nauhoite). Fysioterapeutin kanssa suunnitelman päivitys määräajoin/tarvittaessa. Suunnitteluun myös mahdolliset avustajat. Yhteistyötahojen mainitseminen suunnitelmassa esim. päiväkeskus Nimetään vastuuhenkilöt suunnitelmaan, yhteystiedot. Hoitajien motivointi, motivoitunut hoitaja, motivoitunut asiakas. Lyötaisi lukkoon jo aikataulut (nauhoite). Suunnitelmassa huomioitava lyhytaikajaksot, jotta kuntoutuminen jatkuisi myös silloin. Suunnitelma mukaan.</p> <p>Tärkeää tehdä suunnitelma, johon kaikki voivat sitoutua, selkeä ja yksinkertainen. Tämän pitäisi ladata paljon aikaa ja tehdä se huolellisesti (nauhoite). Kuntoutussuunnitelma oltava näkyvässä, että kaikki sen näkee (nauhoite). Esimerkiksi asiakkaan jääkaapin oveen lappu, josta kaikki voivat lukea suunnitelman helposti (nauhoite)</p> <p>Erittäin tärkeää huomioida asiakkaan oma tavoite suunnitelmassa. Konkreettinen asiakkaan arkeen liittyvä tavoite. Kuntoutumisen esteet huomioitava esim. asiakkaan kivut, asunnon esteellisyys, päihteet, pelko. Motivoitava ennen kuntoutuksen aloittamista. Huomioidaan asiakkaan oma kokemus voinnistaan. Asiakkaan sitouttaminen kuntoutumisen suunnitelmaan. Kokee, että hän on tärkeä ja hänen eteensä tehdään sitä. (nauhoite). Kuntouttavan työotteen avaaminen, jotta asiakas ymmärtää tarkoituksen.</p>	<p>Avainhenkilöiden osoittaminen</p> <p>Arkeen sidotut menetelmät</p> <p>Asiakkaan sitoutuminen</p>

## Liite 7

Aivoriihi: Kuntoutumistarpeen arviointi	
Alkuperäinen ilmaus (Tärkeiksi merkityt asiat)	Teemoittelu
<p>Aina uudelle asiakkaalle Aina toimintakyvyn muutoksissa Aina sairaalasta tullessa</p> <p>Hyvä kirjaus Perusteltava palveluiden lisäys tai vähennys Kaikki tietää mitä arvioidaan</p> <p>Psyykkisen motivaation arviointi – vaikuttaa fyysiseen toimintaan Asiakkaan arvio Oma tavoite Omaisien arvio</p> <p>Omaisien heti mukaan Toimintaterapeutin arviointi Fyssarin ja vastuuhoidajan yhteistyö Asiakasohjaaja arvioi moniammatillisen tiimin kanssa Vastuuhoidajan arvio</p>	<p>Oikea-aikaisuus</p> <p>Tiedonkulku</p> <p>Sitoutuminen</p> <p>Avainhenkilöt</p>

## Liite 8

