

Kehitetään ikäihmisten
kotihoitoa
ja vahvistetaan
kaikenikäisten
omaishoitoa

HALLITUKSEN
KÄRKIHANKE



Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset

Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 52/2018

Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset

Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti

Paltamaa Jaana

Pikkarainen Aila

Janhunen Eija

Kirjoittajat:

Paltamaa Jaana, erikoissuunnittelija, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Pikkarainen Aila, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Janhunen Eija, kehittämiskoordinaattori, Kukoistava kotihoito -hanke

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN: 978-952-00-4008-6

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Helsinki 2018

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö	12/2018	
Tekijät	Paltamaa Jaana, Pikkarainen Aila ja Janhunen Eija		
Julkaisun nimi	Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 52/2018		
Diaari/hankenumero	STM/3140/2016	Teema	
ISBN PDF	978-952-00-4008-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6		
Sivumäärä	97	Kieli	suomi
Asiasanat	Kotihoito, kotikuntoutus, ikääntyneet, arviointijakso		
Tiivistelmä	<p>Kukoistava kotihoito -hanke (2016-2018) rahoitettiin hallituksen "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa" (I&O)-kärkihankkeesta. Kukoistava kotihoito -hankkeessa kehitettiin useita kotihoidon toimintamalleja. Hankkeen yksi kehittämiskokonaisuus oli kuntoutuksen ja ennaltaehkäisevän toiminnan kehittäminen. Tässä raportissa kuvataan ikääntyneiden arki- ja kotikuntoutuksen perusteita, haasteita ja kehittämiskohteita sekä Kukoistava kotihoito -hankkeessa keväällä 2018 toteutetun tutkimuksen tuloksia suosituksineen. Tutkimuksen tavoitteena oli saada kokonaiskuva Keski-Suomen maakunnan eri kunnissa kokeiluissa olleista kuntouttavien arviointijaksojen prosesseista. Tutkimuksessa kartoitettiin kuntakohtaisesti kuukauden ajalta (a) uusien kotihoitoasiakkaiden yhteydenotot ja sen jälkeinen (b) palveluohjaus arviointineen, (c) ohjautuminen kuntouttaville arviointijaksoille, (d) käynnistyneiden arviointijaksojen tavoitteet ja sisällöt menetelmineen sekä (e) arviointijaksojen jälkeiset jatkotoimenpiteet ja asiakkaiden palvelutarpeet. Tulosten mukaan kunnat olivat hyvin eri vaiheissa kuntouttavien arviointijaksojen käynnistämässä ja toteuttamisessa. Tutkimukseen osallistuneissa kunnissa ja kotihoitoyksiköissä oli nähtävissä samoja, kaikille yhteisiä haasteita, kuten uuden asiakkaan asiakasohjauksen toimivuus, miten ja millä kriteereillä asiakkaat ohjattiin kuntouttaville arviointijaksoille, miten yhteistyö onnistui kotihoidon henkilöstön ja kuntoutushenkilöstön välillä ja ennen kaikkea, mitä oli asiakaslähtöinen, tavoitteellinen kuntoutusjakso sisältöineen, menetelmineen ja työnjakoineen. Aikaisempien tutkimusten tulosten pohjalta asiakkaan itsensä määrittämät tavoitteet ohjaavat onnistunutta ja vaikuttavaa kotikuntoutusta, jossa myös asiakkaan oma rooli ja läheisten tehtävät ovat määritelty, ja jota kotihoitohenkilöstö ja erityistyöntekijät ohjaavat ja sovitusti toteuttavat. Yhteisenä tavoitteena on ikääntyneen asiakkaan arjen hallinnan ja merkityksellisen kotona tekemisen ja elämisen edistäminen.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	12/2018	
Författare	Paltamaa Jaana, Pikkarainen Aila och Janhunen Eija		
Publikationens titel	Resultat och rekommendationer från hemrehabiliteringsexperimentet i centrala Finland. Kukoistava kotihoito -projekt delrapport.		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 52/2018		
Diarie-/ projektnummer	STM/3140/2016	Tema	
ISBN PDF	978-952-00-4008-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6		
Sidantal	97	Språk	finska
Nyckelord	Hemvård, hemrehabilitering, äldre befolkning, utvärderingsperiod		
Referat	<p>Kukoistava kotihoito -projekt (2016–2018) var en av de Social- och hälsovårdsministeriets landsomfattande I&O - spetsprojektet, som utvecklade flera hemvårdsmodeller. Ett utvecklingshelhet för projektet var utvecklingen av rehabilitering och förebyggande verksamhet. I denna rapport beskrivs grunderna, utmaningarna och utvecklingsmålen i vardag- och hemrehabilitering för äldre befolkning samt resultaten av den forskning som genomfördes i Kukoistava kotihoito -projekt våren 2018, samt rekommendationer. Syftet med forskningen var att få en övergripande bild av rehabiliteringsperiodens processer i kommunerna i centrala Finland. I studien genomfördes en undersökning för en månad från a) nya hemvårdsklienters kontakter och b) efterföljande kundvägledning med utvärderingar, c) vägledning för rehabiliteringsperioden, d) målen och innehåll i de inledande utvärderingsperioderna samt d) uppföljningar och servicebehov. Enligt resultaten var kommunerna i olika faser av att lansera och genomföra rehabiliterande utvärderingsperioder. De deltagande kommunerna och hemvårdenheterna har samma utmaningar som gemensamma för varandra, som den kundvägledning för en nya kunden, hur och på vilka kriterier kunderna styrdes till utvärderingsperioderna och vad var kriterierna, hur samarbetet lyckades mellan hemvård- och rehabiliteringspersonal och framför allt vad var en kund- och målorienterad rehabiliteringsperiod med innehåll, metoder och arbetsfördelning. Baserat på resultaten från tidigare forskning styrs de mål som kunden själv ställer in av ett framgångsrikt och imponerande hemrehabilitering, som också definierar kundens egen roll och relaterade uppgifter och leds och delvis implementeras av hemvårdspersonal och specialarbetare också. Det gemensamma målet är att hantera äldre människors vardag och att främja meningsfullt hembaserat liv.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health	12/2018	
Authors	Paltamaa Jaana, Pikkarainen Aila and Janhunen Eija		
Title of publication	Results of the home rehabilitation experiment in Central Finland. Kukoistava kotihoito -project subreport.		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 52/2018		
Register number	STM/3140/2016	Subject	
ISBN PDF	978-952-00-4008-6	ISSN (PDF)	2242-0037
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6		
Pages	97	Language	finnish
Keywords	Home care, home rehabilitation, elderly people , rehabilitation period		
Abstract	<p>Kukoistava kotihoito -project (2016–2018) was a part of the nationwide I & O –key project, which developed several home care operating models. One development entity for the project was to improve rehabilitation and preventive activities. This report describes the findings and recommendations of the research conducted in the spring 2018 on the basics, challenges and development targets of older people’s home care. The aim of the study was to obtain an overview of the processes of rehabilitation evaluation sessions tin the municipalities of Central Finland. The survey was carried out on a case-by-case basis for a month a) new home care clients’ contacts and subsequent, b) service guidance with evaluations, c) guidance for rehabilitation evaluation periods, d) objectives and contents of the established evaluation periods, and e) follow-up and service needs. According to the results, the municipalities were in very different stages in the launching and implementation of rehabilitation evaluation cycles. The participating municipalities and home care units had the same challenges common each other, such as customer guidance for the new client, how and on which criteria clients were directed to the rehabilitation evaluation periods, how the co-operation was achieved between home care staff and rehabilitation staff, and above all, what was a customer-oriented and goal-oriented rehabilitation period with content, methods and division of duties. Based on the results of previous research, the goals set by the customer itself guides successful and impressive home care remedy, which also defines the client’s own role and related tasks and is managed and partly implemented by home care staff and special staff. The common goal is to manage older people’s everyday lives and to promote meaningful home-based life.</p>		
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

LUKIJALLE	9
1 Johdanto	11
2 Ikääntyneen asiakkaan kotona asuminen – perusteita ja näkökulmia	14
2.1 Kotona asuminen ja kotikuntoutus	14
2.2 Koti työpaikkana ja toimintakenttänä	17
2.3 Nykyisen kotihoitotyön käytännöt	19
2.4 Kotihoidon kehittämistarpeet.....	20
2.5 Muutos ja kehittäminen sekä johtaminen kotihoidossa.....	21
3 Toimintakykyä edistävät toimintamallit ikääntyneiden kotihoidossa	23
3.1 Asiakkaan polku	23
3.2 Kuntouttava arviointijakso	25
3.3 Tehostettu kotikuntoutus.....	27
3.4 Muistikuntoutus.....	29
4 Kuntouttavan arviointijakson pilotointi Keski-Suomessa	32
4.1 Tarkoitus	32
4.2 Tutkimusmenetelmät	33
4.2.1 Tiedonkeruun toteutus	33
4.2.2 Aineiston analyysi ja raportointi	37
4.2.3 Tutkimuksen toteutuksen eettiset näkökulmat.....	38
4.3 Tulokset	39
4.3.1 Ohjautuminen arviointijaksolle	39
4.3.2 Arviointi- ja käynnistymisvaihe	47
4.3.3 Tavoitteen asettamis- ja toteutusvaihe	53
4.3.4 Päättämis- ja seurantavaihe	57
4.4 Yhteenveto kuntouttavan arviointijakson tuloksista ja kuntakohtaiset tiedot	59
5 Pohdinta	63
6 Kohti pysyvää toimintaa ja jatkotoimenpiteet	69
6.1 Kuntouttavan, toimintakykyä edistävän kotihoidon lähtökohdat	69
6.2 Kuntouttava arviointijakso.....	70
6.3 Muut kuntouttavat toimintamallit	74
6.4 Kuntoutustyöntekijöiden osaaminen ja haasteet muuttuvassa kotihoidossa..	74
6.5 Henkilöstön ja organisaation kehittäminen kotihoidossa	75

Lähteet	77
Liite 1. Aineistonkeruun muuttujaluettelo	82
Liite 2. Kotikuntoutusjakson sisältö- ja toteutuslomake	95

LUKIJALLE

Hallituksen "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa" (I&O) -kärkihankkeessa (2016–2018) kehitettiin iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja yhdenmukaisemmiksi sekä paremmin koordinoituiksi. Kehittämistyötä tehtiin kahdeksassa erillisessä alueellisessa hankkeessa, joissa kehitettiin laajasti kaikkia kotihoidon malleja. Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hanke oli yksi näistä hankkeista, jolla haluttiin varmistaa, että maakunnassa on jatkossa asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas kotihoito. Kehittämistyön lähtökohtana oli asiakaslähtöinen tavoitteellinen lähestymistapa, jonka pohjalta kunnissa juurrutettiin mm. kotikuntoutuksen toimintamalleja. Lisäksi kartoitettiin ikääntyneiden asiakaslähtöisiä toimintakyvyn arviointikäytäntöjä ja laadittiin yhteiset arviointisuositukset (Paltamaa 2018) sekä vahvistettiin kotihoidon asiakkaiden yksilöllisten tavoitteiden tunnistamista, määrittämistä, kuvaamista ja seuranta.

Tässä raportissa kuvataan Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hankkeessa kehitettyjä ja käyttöön otettuja kotikuntoutuksen toimintamalleja. Raportissa keskitytään erityisesti maakunnan kotihoitoyksiköissä keväällä 2018 toteutetun kuntouttavia arviointijaksoja koskeneen tutkimuksen tuloksiin ja niiden pohjalta laadittuihin jatkosuosituksiin. Raportti on tarkoitettu kaikille ikääntyneiden palveluista ja etenkin toimintakykyä edistävästä kotihoidosta kiinnostuneille. Tavoitteena on avata ikääntyneiden henkilöiden kotona asumisen ja toimintakyvyn tukemisen perusteita sekä innostaa pohtimaan nykyisten palvelujen haasteita ja etsimään niihin uudenlaisia asiakaslähtöisiä ja tavoitteellisia sekä toimintakykyä edistäviä ratkaisuja. Kotihoidon henkilöstö, tiimien esimiehet ja johtajat yhdessä päätäjien kanssa voivat rakentaa uudenlaista suomalaista kotihoitokulttuuria, koska kokonaisvaltainen kotona asuminen on osa ikääntyneen ihmisen hyvää elämänlaatua ja arvokasta vanhuutta. Suomalainen vanhusväestö ansaitsee toiveikkaan tulevaisuuden sekä mahdollisuuden asua omassa kodissaan arvokkaasti ja toimintakykyisenä mahdollisimman pitkään. Kotikuntoutus ja toimintakykyä edistävä kotihoitotyö mahdollistavat etenemisen kohti näitä tavoitteita.

Jaana Paltamaa, Aila Pikkarainen ja Eija Janhunen

1 Johdanto

Tässä raportissa kuvataan Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hankkeen kuntouttavien toimintamallien tuloksia ja kotikuntoutuksen jatkosuosituksia. Kuntouttavat toimintamallit koskivat uusien asiakkaiden kuntouttavia arviointijaksoja, kotihoidon asiakkaiden tehostettuja kotikuntoutusjaksoja ja muistikuntoutusta. Raportin alussa kuvataan ikääntyneiden kotona asumisen perusteita ja nykyisiä käytäntöjä. Seuraavaksi esitetään tulokset kuntouttavien arviointijaksojen toteutuksesta. Lopuksi pohditaan kotikuntoutuksen tulevaisuutta ja esitetään jatkosuositukset toiminnan kehittämiseksi.

Hyvän vanhuuden ja mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen ovat keskeisiä toimia, kun varaudutaan väestön ikärakenteen muutokseen tulevina vuosikymmeninä. Nykyistä palvelujärjestelmää on uudistettava sisällön, rakenteiden ja ikääntyneiden parissa työskentelevien työntekijöiden osaamisen suhteen. (Laatusuositus 2017.)

Väestön ikääntyessä koko väestörakenne muuttuu, kun suuret ikäluokat eläköityvät, syntyvyys alenee ja elinajanodote nousee. Ikääntyneiden määrä kasvaa erityisesti vanhemmissa ikäluokissa, kun taas vastaavasti lasten ja työikäisten määrä vähenee. 65 vuotta täyttäneiden määrä oli vuoden 2018 alkaessa 1 179 31 ja heistä noin miljoona asuu itsenäisesti omissa kodeissaan ollen aktiivisia kuluttajia ja yhteiskunnan jäseniä. Säännöllisten kotihoiton palvelujen tai omaishoidon tuen piirissä on lähes 100 000 henkilöä ja ympärivuorokautisten palvelujen piirissä noin 50 000 henkilöä. (Suomen virallinen tilasto, SVT 2018.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2018b) ennusteen mukaan terveet ja toimintakykyiset elinvuodet lisääntyvät. Samalla kun kotona asumisen aika pitenee, viimeisiin vuosiin tarvitaan tukea entistä enemmän. Hyväkuntoinen eläkeikäinen väestö tulee olemaan myös merkittävä läheisavun antaja tulevina vuosina ja vuosikymmeninä. (Kehusmaa ym. 2016.) Tätä taustaa vasten tulevaisuutta varten on varauduttava riittäväillä

kehittämistoimenpiteillä. Uusi laatusuositus (2017) nostaakin keskeiseksi palvelurakennetta ohjaavaksi toimintatavaksi asiakasohjauksen. Hyvin koordinoitulla ja intensiivisellä asiakasohjauksella voidaan vaikuttaa kotihoidon asiakasrakenteeseen, kohdentamaan palveluja entistä tehokkaammin niitä tarvitseville sekä monipuolistamaan kotiin tarjottavia palveluja (Kehusmaa ym. 2017a).

Kuntoutuksella tarkoitetaan useita eri asioita asiayhteydestä riippuen (Pulkki 2016). Ensimmäiseksi kuntoutus on lainsäädännöllä ohjeistettua toimintaa, jolloin puhutaan kuntoutuksen järjestämisvastuista ja rahoituksesta sekä kansalaisten oikeuksista saada tarvitsemiin kuntoutuspalveluita. Toiseksi kuntoutus on eri alan ammattilaisten laillistettua toimintaa ja siihen liittyen valvottua koulutusta, joka tuottaa kuntoutusalalle erilaista osaamista ja pätevyitymistä. Kolmanneksi kuntoutus on esimerkiksi yksittäisten kansalaisten saamia sosiaali- ja terveysalan palveluja, jolloin sitä voidaan kuvata yksilön kuntoutumisena.

Kuntoutuminen on siis yksilön omien tavoitteiden ja päämäärien saavuttamista lainsäädännöllisissä puitteissa ja kuntoutusalan ammattilaisten kanssa tapahtuvana yhteistyönä. Konkreettisesti yksilön kuntoutumisessa on aina kyse jostain muutoksesta, jota hän toivoo ja jota hän tavoittelee arkielämäänsä (Autti-Rämö 2016,15). Muutos voi koskea esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn jonkin osa-alueen ennalleen palautumista, psyykkisen eli mielen hyvinvoinnin saavuttamista tai osallistumisen/osallisuuden kokemista omassa elinympäristössä.

Omaehtoinen toimintakyvyn ylläpitäminen kuuluu kaikille kansalaisille, ja myös ikääntyneiltä odotetaan aktiivisuutta sekä omasta terveydestä ja toimintakyvystä huolehtimista. Tästä johtuen myös ikääntyneiden arkikuntoutuksen toteutuksen määrittelemisen ikään kuin kaikkialliseksi toiminnaksi (soveltaen oppimisen kaikkiallisuus, mm. Krokfors ym. 2016) aiheuttaa haasteita. Kuntoutuksen kaikkiallisuus lähtee siitä perusajatuksesta, että kaikki elämänalueet ja arjen tehtävät pitävät yllä ihmisen toimintakykyä ja aktiivisuutta, mutta toisaalta se voi johtaa ajatteluun, että erityisesti juuri ikääntyneiden arkitekeminen olisi merkityksellistä yksinomaan vain terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen näkökulmasta.

Perinteisestä kuntoutus -käsitteestä voitaisiinkin siirtyä toimintakyvyn edistämisen käsitteeseen, jolloin se olisi mahdollista jakaa oppimisesta tuttua kolmijakoa soveltaen¹:

1. *formaali eli virallisen kuntoutus/kuntoutuminen* (esimerkiksi lääkinnällinen kuntoutus, Kelan järjestämä kuntoutus), johon sisältyy

¹ Soveltaen <https://peda.net/hankkeet/oppijat/ovo/lahtokohdat/informaali>

lähete ja maksusitoumus, viralliset arvioinnit ja tavoitteet, kestot ja käyntikerrat sekä sovitut toteutukset (interventiot) työnjakoineen kuntoutusalan eri ammattihenkilöiden kesken,

2. *non-formaali kuntoutus/kuntoutuminen*, jossa asiakas omaehtoisesti ja tavoitteellisesti osallistuu toimintakykyään ylläpitävään ja kehittäväseen toimintaan esimerkiksi kotiharjoitteluna ja /tai kuntosaliliikunta-, kulttuuri- ja muussa harrastetoiminnassa,
3. *in-formaali kuntoutus/kuntoutuminen*, jossa arjen normaalit suoritukset ja tekemiset, vapaa-aika ja sosiaalinen kanssakäyminen pitävät yllä eräänlaista peruskuntoa ja toimintakykyä.

Kuntoutukseen liittyy monia yhteiskunnallisia ja historiallisia vaiheita, joista on syntynyt erilaisia mielikuvia ja odotuksia niin kansalaisille kuin eri alan asiantuntijoille. Erityisesti ikääntyneet kansalaiset ovat haasteellisessa tilanteessa, sillä heidän palvelunsa ovat pitkälti perustuneet lääketieteelliseen perussairauksien ja akuuttitilanteiden hoitoon, jolloin varsinainen toimintakyvyn aktiivinen ylläpitäminen on jäänyt heidän omaehtoisen toimintansa varaan. Ikääntyneet kansalaiset siis ohjeistetaan aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen, mutta samalla kuntien ennaltaehkäisevää toimintaa, kuten 75-vuotiaiden terveystarkastuksia tai 80-vuotiaiden hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, on monessa kunnassa vähennetty tai ne on toistaiseksi keskeytetty (suullinen tieto, Kukoistava kotihoito -hankkeen kuntakäynnit 2017–2018).

Tässä raportissa nostetaan esille niitä yksilöllisiä voimavaroja, joita ikääntyneillä kansalaisilla on erityisesti kotiympäristössään, ja joita aktiivisella, toimintakykyä edistävällä toiminnalla voidaan ottaa käyttöön ja edistää kotihoidon eri vaiheissa. Varhaisvaiheessa tapahtuva tilannekartoitus ja puuttuminen arkisuoriutumisen pieniinkin haasteisiin sekä yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa tapahtuva arki- ja kotikuntoutus tuottavat pärjäämisen tunnetta asiakkaalle, luottamusta arkisuoriutumiseen ja ennen kaikkea uskoa omaan kotona asumisen jatkuvuuteen.

Raportissa käytämme kotihoidon asiakkaista käsitettä ikääntyneet tai ikääntyneet asiakkaat tarkoittaen kaikkia niitä +65-vuotiaita, jotka itse ottivat yhteyttä kunnan asiakas- ja palveluohjaukseen kotona suoriutumiseen liittyvissä asioissa tai joiden asioista läheiset, sote-ammattilaiset tai heidän verkostojensa muut aktiiviset tahot olivat yhteydessä kunnan asiakas- ja palveluohjaukseen tai muuhun tahoon. Seuraavassa luvussa 2 kuvataan kotona asumisen ja kotihoidon nykyistä tilannetta. Luvussa 3 esitetään Kukoistava kotihoito -hankkeen toimintakykyä edistäviä toimintamalleja ja luvussa 4 kuntouttavasta arviointijaksosta tehtyä tutkimusta. Tulosten pohdinta ja tulevaisuuden kehittämistarpeet esitetään luvuissa 5 ja 6.

2 Ikääntyneen asiakkaan kotona asuminen – perusteita ja näkökulmia

Suomen vanhusväestön määrä kasvaa voimakkaasti ja 75 vuotta täyttäneen väestön määrä nousee 14 prosenttiin vuonna 2030 (9 % vuonna 2018). THL (2018a) esittää tavoitteeksi, että enemmän kuin yhdeksän kymmenestä heistä asuu omassa kodissaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että samanaikaisesti ikääntyneiden yksinasuminen lisääntyy. Yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen tuomaan palvelutarpeen kasvuun voidaan vastata yhteisöllisyyttä ja sosiaalisuutta edistävillä keinoilla, kuten asumisen ratkaisuilla, järjestämällä ikääntyneille tapaamismahdollisuuksia ja toimintapaikkoja (Kehusmaa ym. 2018) sekä tukemalla toimintakykyä ennakoivasti ja tarkoituksenmukaisilla tavoilla.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne koostuu kokonaisuudesta, johon sisältyy ennaltaehkäisevää sekä toimintakykyä tukevaa asiakasohjausta ja -neuvontaa. Palvelurakennemuutoksen tavoitteena on lisätä kotiin vietävien palvelujen määrää sekä taata arvokas ikääntyminen tarjoamalla ikääntyneille riittävästi heidän tarvitsemaansa apua ja tukea oikea-aikaisesti ja lisätä siten ikääntyneiden kotona asumisen mahdollisuuksia. (Tepponen ym. 2017). Valtakunnallisen hallituksen I&O kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” (2016–2018) yhtenä tavoitteena oli kehittää ikääntyneiden kotiin annettuja palveluja, niiden määrää ja sisältöä, lisätä terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia palveluja, monialaista kuntoutusta sekä erilaisia asumisen vaihtoehtoja. Iäkkäiden palvelukokonaisuuden keskiössä ovat kotihoito, toimintakykyä edistävä toiminta ja ikääntyneen aktiivinen osallistuminen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen. (Tepponen ym. 2017.)

2.1 Kotona asuminen ja kotikuntoutus

Suomalaisen vanhuspolitiikan keskeinen tavoite on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille (Laatusuositus 2017). Tämä tarkoittaa samalla

ikäntyneiden kansalaisten kotona asumisen tukemista ja sen jatkuvuuden turvaamista sekä laitospalvelu- ja asumiskulttuurin purkamista tai ainakin sen vähentämistä määrällisesti hyvin rajatuksi, jopa marginaaliseksi toiminnaksi. Toisaalta kansalaisille tarjotaan entistä enemmän yhteisöllisempää asumista esimerkiksi senioritaloissa, pienkodeissa ja perhehoidossa. Nämä kotona asumisen ääripäät ovat siis entistä kauempana toisistaan, mutta samalla puhutaan ikään kuin yhdestä ilmiöstä eli ”kotona asumisesta”.

Ikäntyneiden ihmisten asuminen on yhtä monimuotoista kuin nuorempien aikuisten asuminen. Kokonaisvaltainen kotona asuminen tarkoittaa yksilöllistä elämäntyyliä ja -tapaa, jossa kodin sisätilat sekä lähiympäristö ja -yhteisö muodostavat kotikokemuksen perustan. Ikäntyneiden pitkään samassa paikassa asumista voidaan kuvata yksilöllisen identiteetin ja oman elämän autonomisuuden ilmentymänä. Tuttu ympäristö koetaan pysyvänä, ennustettavana, vakiintuneena ja luotettavana elinpiirinä, jossa omat tavat ja tottumukset pitävät yllä päivittäisiä rutiineja. Tutussa ympäristössä oman toiminnan valikointiin, optimointiin ja kompensointiin on luontaisia mahdollisuuksia. Toimintakyvyn heikentyessä tutussa ympäristössä suoriudutaan päivittäisen elämän tehtävistä heikommallakin toimintakyvyllä. Kotona asuminen ei siis ole koskaan asukkaalle ”selviytymistä” tai ”kuntoutusta”, vaan arkista elämää tutussa ympäristössä. (Soveltaen Pikkarainen 2007; Rowles & Bernard 2013.)

Suomessa arkikuntoutukselle tai kotikuntoutukselle ei ole vakiintunutta määritelmää. Niskanen (2018) mukaan arkikuntoutuksesta puhuttaessa tulee yleensä mielikuva ikään kuin yhdestä selkeästä mallista tai toimintatavasta. Toteutustapoja tulee kuitenkin olemaan hyvin erilaisia niin organisatorisesti kuin sisällöllisesti, ja niiden toteutumiseen tulevat vaikuttamaan kuntien/maakuntien erilaiset maantieteelliset, hallinnolliset, taloudelliset ja varmasti myös poliittiset tekijät. Seuraavaksi kuvataan eri maiden arki- ja kotikuntoutuksen malleja, joista suomalaisen toimintatapaan voidaan saada erilaisia vaihtoehtoisia perusteita (lisää luvuissa 5 ja 6).

Tuntlandin ja Nessin (2016) teoksessa kuvataan, miten tällä hetkellä Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa toteutetaan arki- ja kotikuntoutusta erilaisin painotuksin ja kriteerein. Esimerkiksi **Ruotsissa** *kotikuntoutus* on yläkäsite, jonka erilaisia toteutusmuotoja ovat *arkikuntoutus* ja *erityiskuntoutus*. Erityiskuntoutus on lailla säädeltyä toimintaa ja siitä vastaavat toiminta- ja fysioterapeutit. Kuntoutuksen lähtökohtana on tarkka tieto sairaudesta tai vammasta sekä sen hoidosta ja harjoittelusta. Erityiskuntoutus on tavoitteellinen ja rajallinen ajanjakso, joten esitetyn kuvauksen mukaan se näyttäisi vastaavan suomalaisen kuntoutusjärjestelmän vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Osa erityiskuntoutuksen harjoitteista voidaan toteuttaa tosin muiden terveydenhuollon työntekijöiden toimesta. Arkikuntoutus puolestaan liitetään osaksi asiakkaan tavallista arkielämää, sen toteutuksesta vastaavat kaikki asiakkaan kanssa työskentelevät ja sitä voidaan kuvata myös terveyttä ja toimintakykyä edistäväksi työtavaksi. (Niskanen 2018, 15.)

Tanskassa (Niskanen 2018; Tuntland & Ness 2016, 159-162) näyttäisi olevan neljä erilaista toteutustapaa vanhusten palveluissa:

(1) Arkikuntoutus on integroitu kotipalveluun, johon on saatu toiminta- ja fysioterapeutteja lisäresurssiksi;

(2) Kuntoutus toteutuu erillisyyksikköjen kautta, jossa arkikuntoutustiimi käsittää johtajan, suunnittelijan, kolme terapeuttia (1 fysioterapeutti ja 2 toimintaterapeuttia organisoiden arkikuntoutusprosessit), sairaanhoitajan ja 12 kuntoutukseen perehtynyttä lähihoitajaa;

(3) Kotipalvelu työskentelee yhteistyössä osastojen kanssa, joita voivat olla kuntoutusosastot ja muut osastot. Fysio- ja toimintaterapeutit suorittavat alkukartoitukset ja organisoivat kuntoutustoimintaa sekä ohjaavat kuntoutukseen perehtyneitä lähihoitajia. Lähihoitajat toteuttavat asiakkaiden ohjauksen kotikäynnillään. Tähän perustuu myös ns. Odensen malli, jossa vanhuksilla ja vammaisilla on oma erillinen palvelusektori/-yksikkö. Tässä mallissa pyritään ennen kaikkea tehostamaan palveluohjausta ja harjoittelua sekä erityistukea kaikille niille asiakkaille, joilla on toimintakyvyn alkavia tai pahenevia haasteita tai jotka tarvitsevat pidempi aikaista hoivaa, hoitoa ja tukea. Tässä mallissa kaikille uusille kotihoiton asiakkaille tehdään moniammatillinen kotikäynti (terapeutti, sairaanhoitaja, sosiaalialan edustaja, terveysalan edustaja). Tavoitteena on kartoittaa asiakkaan tarpeet ja käynnistää arkikuntoutus tai muut hänen tarvitsemansa tuen muodot;

(4) Terapeuttimalli tarkoittaa tanskalaista mallia, jossa fysio- ja toimintaterapeutit toteuttavat kuntoutuksen, eikä muu henkilökunta osallistu siihen. Terapeuttien työn päättyessä, muu kotipalvelun henkilöstö voi jatkaa tarvittaessa arkikuntoutusta.

Norjassa arkikuntoutus (Niskanen 2018; Ness 2016, 159-162) on jakautunut kolmeen erilaiseen toteutustapaan: (1) kotipalveluun integroitu arkikuntoutus; (2) kuntoutuspalveluun integroitu arkikuntoutus ja (3) jaetun organisoinnin arkikuntoutus. Jaetussa mallissa terapeutit organisoituvat kuntoutusyksikön kautta ja kuntoutukseen perehtyneet lähihoitajat kotipalvelun kautta. Lisäksi näissä malleilla voi toimia *poikkiammatillinen tiimi tai terapeuttitiimi*. Poikkiammatillisen tiimin organisoinnista vastaa lähihoitaja, ja jokaiselle asiakkaalle perustetaan aina oma tiimi (toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, nimetyt lähihoitajat). Tiimi vastaa arkikuntoutukseen liittyvistä arvioinneista, suunnittelusta ja toteutuksesta. Vastaavasti terapeuttitiimi voi toimia organisoijana, jolloin tiimin terapeutit vastaavat arvioinneista ja suunnittelusta, mutta toteutus tulee kotipalvelun henkilöstön kautta, terapeuttien ohjauksessa.

Vaikka eri Pohjoismaissa on yhtenevyyksiä ja eroavaisuuksia arki- ja kotikuntoutuksen toteutuksessa, Niskas (2018) mukaan kaikille yhteistä on varhainen puuttuminen, intensiivisyys ja moniammatillisuus. Mallien erot koskevat erityisesti moniammatillista yhteistyötä

ja vastuiden jakamista kotipalvelun ja terapeuttien kesken. Oleellista kaikissa malleissa on se, että asiakkaat läheisineen ja eri työntekijäryhmät sisäistävät yhteisen toimintatavan ja -kulttuurin. Tähän tarvitaan hyvää toimintakykyä edistävän kotihoitotyön suunnittelua, organisointia ja kokeilutoimintaa sekä pitkäjänteistä ja systemaattista toimintavan sisäistämistä.

Brittiläisessä reablement-lähestymistavassa (Ebrahimi 2018, 9–15) on puolestaan kyse filosofisesti, teoreettisesti ja eettisesti uudenlaisesta tavasta nähdä ikääntyneet asiakkaat oman elämänsä tekijöinä, toimijoina ja autonomisina toteuttajina. Lähestymistavassa keskeistä on DADL- toimintojen (domestic activities daily living, kotona tehtävät päivittäiset toiminnot) ylläpitäminen ja mahdollistaminen oppimisen, oivaltamisen ja ohjauksen kautta. Oleellista on puuttua heti sairastumisen, toimintakyvyn rajoitteiden ja ympäristöllisten haasteiden yhteydessä tähän arkisen tekemisen palauttamiseen, uudelleen opetteluun tai adaptaatioon esim. apuvälineiden, teknologioiden ja/tai ohjaavien läheisten/avustajien kautta.

Toimintatapa on vastakkainen sille perinteiselle tavalle, jossa palvelut alkavat ns. viimesijaisina eli kun asiakas on jo menettänyt arkista elämänhallintaansa, toimintakyvyn potentiaaliaan tai intoa omaehtoiseen toimintaan. Samalla arkea ja ikääntynyttä ihmistä katsotaan potentiaalinsa kautta, ei pelkkien riskien tai turvallisuushkien kautta. Tämä lähestymistapa vaatii työntekijöiltä erityisiä taitoja aktiiviseen kuuntelemiseen/kuulemiseen, päättelyyn ja kumppanuuteen perustuvaa yhteistoimintaa ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa. Lisäksi keskeistä on asiakkaan voimaantumisen tukeminen, toivon ylläpitäminen ja tulevaisuuden toiveikkaus, joita pidetään yllä omaehtoisena ja yhteisen tekemisen ja harjoittelun kautta. (Soveltaen Ebrahimi 2018, 9–15.)

2.2 Koti työpaikkana ja toimintakenttänä

Koti = henkilön vuokraukseen tai omistukseen perustuvassa hallinnassa oleva yksityinen asunto tai vuokrasuhteeseen perustuva asunto palvelutalossa tai senioriasunnossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 23).

Kotihoidon henkilöstölle ikääntyneiden asiakkaiden kodit ovat arkisia ja tuttuja toimintaympäristöjä. Sen sijaan kuntoutusalan työntekijöille organisatorisesti kotihoidossa ja sen tiimeissä työskentely ovat uudenlaisia työkuultuureita toimintatapoineen ja -ympäristöineen, koska niiden organisatorista, historiallista ja yhteiskunnallista taustaa ei tunneta vastaavalla tavalla kuin terveydenhuollon. Myös kuntoutusalan koulutukseen sisältyvillä opiskelijoiden työelämäjaksoilla kotiympäristöt ovat jääneet vieraiksi toimintakentiksi verrattuna erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ympäristöihin.

Siinä, missä kotihoidon henkilöstö työskentelee kolmivuorotyössä ja pääsääntöisesti yksin, kuntoutusalan ammattilaiset (esim. fysio- ja toimintaterapeutit) ovat tottuneet työskentelemään terveydenhuollossa erilaisissa tiimeissä ja säännöllisessä työajassa. Moniammatillisuus on heille tuttua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osasto- ja poliklinikatyössä. Vanhuspalveluissa ei ole myöskään käytössä lääkinällisen kuntoutuksen tuttuja lähetekäytäntöjä ja kirjaaminen tapahtuu usein hoito- ja palvelusuunnitelmiin tai suoraan asiakkaiden kotona oleviin erilaisiin viestivihkoihin. Lisäksi erilaiset toiminnanohjausjärjestelmät optimoivat kotihoidon henkilöstön työtä, mutta kuntoutus näkyy toistaiseksi niukasti tai vain joiltain osin näissä järjestelmissä (suullinen tieto, kuntien edustajat, Kukoistava kotihoito -hanke 2017–2018).

Viime vuosina kotihoidon tehtäväkenttä on kaventunut (Kröger ym. 2018) ja siitä on karstuttu pois useita sellaisia tehtäviä, joiden kautta ikääntyneiden asiakkaiden yksilöllisiä kotikokemuksia voidaan pitää yllä. Näitä ovat erilaiset kodinhoidolliset tehtävät kuten kodin siivous, ruuanlaitto, kahvittelet ja pihan hoito. Koti ja kotona asuminen tarkoittavat kuitenkin aina enemmän kuin arjen perustarpeista huolehtimista tai sairauksien hoitoa. Kotona asuminen on kokemuksia itsestä ja omasta elämäkulusta sekä muistoja läheisistä ja niihin liittyviä tunteita kuten kiintymystä, läheisyyttä ja luottamusta. Se, mikä nykyisessä palvelujärjestelmässä on kotona asumisen tukemista (perushoito ja hoiva, arjen perustoiminnot) on siten vain pieni osa kokonaisvaltaisesta kotona asumisesta. Kotikokemusta voidaan pitää yllä asiakkaan kanssa yhdessä tekemällä sekä tila- ja paikkakokemuksia rakentamalla (kodin kaikki eri tilat ja huoneet, mutta myös ullakot, varastot, pihat ja lähiyhteisö). Toisaalta kotikokemus voi pienimmillään tapahtua kodin yhdessä huoneessa, jopa vuoteessa ja sen ympärille kasaantuvana elämänä. Heikkokuntoinen vanhus elää niukkenevassa ja rajatussa elinpiirissä, jossa vuoteessa oleminen ja odottaminen muodostavat arjen sisällön. Kansainvälisesti tätä pitkään yhdessä kohdassa olemista ja odottamista kutsutaan ikääntyneiden ihmisten virheasumiseksi tai vajaa-asumiseksi. Koti onkin siis rajattu työntekijöiden työtehtävien mukaiseksi alueeksi eikä itse asukkaan tarvitsemaksi kokonaisuudeksi omasta kodistaan. (Oswald & Wahl 2013; Pikkarainen 2007.)

Toisaalta työntekijä astuessaan toisen ihmisen kotiin, vie sinne oman organisaationsa kulttuurisia käytäntöjä, joita hän työtehtävissään tuo esille. Kotihoitoa voidaan siis karkeasti kuvata kahdesta eri suunnasta eli työntekijä tekee työtään ja ikääntynyt asiakas elää arkeaan. Kotihoidon maksullisuus ja myöntämisperusteet puolestaan tekevät työntekijän työstä tarkkaan määriteltyä tehtävineen ja ajoituksineen. Ikääntynyt asiakas voi vaatia sovittujen tehtävien tarkkaa toteuttamista, koska ”hän maksaa niistä”, mutta toisaalta hän voi tarvita akuutisti aivan muunlaista apua tai tukea, mitä hänelle on varattu sovituille käynneille. Näissä tilanteissa työntekijät joutuvat tekemään nopeita päätöksiä ja joustamaan asiakkaan akuuttien tarpeiden ja sovittujen tehtäväsuoritteiden välillä. Tästä syntyy myös haasteita toiminnanohjausjärjestelmän toimivuuden ja asiakaslähtöisyyden välille. Näyttäisi siltä, että näissä inhimilliseen elämään kuuluvissa – ja monella tapaa myös eettisissä

tilanteissa – kotihoidon henkilöstö tekee ns. harmaata työtä, jota ei kirjata mihinkään eikä siihen varata aikaa, mutta joka tosiasiasa mahdollistaa ikääntyneen asiakkaan kotona asu-
misen (mm. apteekkiasioiden tarkistaminen ja hoitaminen, yhteydenpito omaisiin, vies-
tintä seuraavan vuoron työntekijöille, lohduttaminen ja kannustaminen). Nämä ovat myös
niitä tilanteita, joissa toimintakykyä edistävä kotihoito aidoimmillaan voi toteutua.

2.3 Nykyisen kotihoitotyön käytännöt

Vuonna 2017 Suomessa lähes 74 000 kansalaista sai säännöllistä kotihoitoa ja heistä 43 % oli 85 vuotta täyttäneitä. Samana ajankohtana Keski-Suomessa oli 4213 kotihoidon asia-
kasta, joista hiukan vähemmän eli noin 40 % oli 85 vuotta täyttäneitä. Valtakunnallisesti
muistisairaiden asiakkaiden osuus kaikista kotihoitoasiakkaista oli vuonna 2015 noin 21 %
(15 000 asiakasta) ja Keski-Suomessa 15 % (610 asiakasta). Lisäksi omaishoito kasvaa vuo-
sittain ja koko maassa 85 vuotta täyttäneiden omaishoidon tukea sai jo reilut 10 000 talo-
utta ja Keski-Suomessa määrä oli 535 taloutta. (Sotkanet 25.10.2018.) Toukokuussa 2018
valtakunnallisesti toteutetulla seurantaviikolla kotihoidossa oli päivittäin keskimäärin 51
700 asiakasta. Päivittäisten asiakkaiden määrä kotihoidossa oli kasvanut 4 000:lla kahden
vuoden aikana. (THL 2018a.) Kotihoidon asiakasmäärä siis kasvaa entistä nopeammin ja on
samalla painottumassa entistä ikääntyneempiin, naisasiakkaisiin ja myös muistisairaisiin,
joiden palvelutarvetta täydentää entistä useammin myös omaishoito.

lakkään väestön tarpeet muuttuvat ja erityisesti monisairaot ja useiden erilaisten palvelu-
jen käyttäjät tarvitsevat yksilöllisiä hoidon ja hoivan yhdistelmiä. Palveluiden yhdistämi-
sessä haasteena ovat juuri muisti- ja monisairaot asiakkaat, joiden tarpeisiin ei voida vas-
tata eikä ongelmia ratkaista ilman eri palvelutahojen ja ammattilaisten osaamisalueiden
yhdistämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Kehusmaan ym. (2017a) kartoituksen perusteella kotihoidon asiakkaiden hoivan tarve ja
saamansa kotihoidon intensiteetti (käyntimäärät/kuukausi) eivät toistaiseksi näyttäisi ole-
van suoraviivaisesti yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi omatoimiseksi tai vain ajoittaisessa
hoivan tarpeessa olevaksi määritelty asiakas voi saada intensiivistäkin kotihoitoa kuntien
erilaisista käytänteistä riippuen. Osa näistä asiakkaista on perustellusti säännöllisen ko-
tihoidon tarpeessa, koska heillä saattaa olla sairaus, joka vaatii säännöllistä ja tehokasta
hoitoa. Suuri vaihtelu viittaa kuitenkin siihen, että huomiota tulisi kiinnittää enemmän asi-
akkaan palvelutarpeen huolelliseen arviointiin. Kaiken kaikkiaan vanhuspalvelujen tavoit-
teena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Tämä edellyttää, että kotiin voi
saada myös intensiivistä kotihoitoa. Intensiivinen kotihoito on lisääntynyt vuosien 2010 ja
2016 välillä kaikissa maakunnissa ja valtakunnallinen kasvu on noin 8 prosenttiyksikköä.
Vuonna 2016 lähes kolmannes (31 %) asiakkaista sai intensiivistä kotihoitoa eli vähintään

60 kotihoidon käyntikertaa kuukaudessa. Keski-Suomessa tällaisia asiakkaita oli kaikista kotihoidon asiakkaista 31,4 % ja määrä on kasvanut vuodesta 2010 vuoteen 2016 alle valtakunnallisen kahdeksan prosentin kasvun eli 5,8 %.

Asiakaslähtöisellä, tavoitteellisella ja suunnitelmallisella kotikuntoutuksella voidaan säilyttää kotihoidon ikääntyneen asiakkaan aktiivisuus ja elämänlaatu sekä tukea omatoimista kotona asumista. Tavoitteellinen, toimintakykyä tukeva kotihoidon toiminta edellyttää kuntoutussuunnitelman tekemistä ikääntyneille asiakkaille, jotta heidän toimintakykyään voidaan luotettavasti seurata ja arvioida. (Paltamaa 2018.) Keski-Suomen kotihoidon toimintayksiköistä vain 26 % tekee systemaattisesti kuntoutussuunnitelman asiakkailleen valtakunnallisen tason ollessa 37 % (THL 2018b).

2.4 Kotihoidon kehittämistarpeet

Seuraavaksi kuvaamme kotihoidon kehittämistarpeita lukujen 2.1–2.3 pohjalta. Kehittämistarpeet ovat nousseet toistuvasti esille Kukoistava kotihoito -hankkeen aikana erilaisissa valtakunnallisissa I&O -kärkihankkeen tilaisuuksissa ja konkreettisesti myös kuntatapaamisissa.

Keskeisimmät kotihoidon kehittämistarpeet ja -toimenpiteet liittyvät vahvasti kotihoidon laadun, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen. Säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin tulevien asiakkaiden ollessa yhä iäkkäämpiä, monisairaampia ja moninaisempien palvelujen tarpeessa, on ennakoiva riskiryhmien tunnistaminen sekä varhainen toimintakyvyn tukeminen entistä tärkeämpää. Asiakassegmentointia hyödyntämällä voidaan löytää ja tavoittaa henkilöt, joilla on riski toimintakyvyn alenemiseen. Myös moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön kehittäminen on tässä merkityksellistä. Kotihoidon kentällä tulee kehittää systemaattisesti ja päämäärätietoisesti asiakaslähtöistä, tavoitteellista toimintatapaa, jolla voidaan vastata yksilöllisiin asiakastarpeisiin. Samalla uusi toimintatapa voi muodostua valinnanvapauden kynnyksellä houkuttelevaksi vaihtoehdoksi saada monipuolisia ja laadukkaita palveluja. Erityisen tärkeää on kehittää kotihoidon moniammatillista tiimityötä sekä vahvistaa toimintakykyä tukevan, kuntouttavan hoitotyön juurtumista kotihoitoon.

THL:n tuoreen Vanhuspalvelujen seuranta -tutkimuksen toimintayksikkökyselyn (2018a) tulosten mukaan kotihoitoon palkattujen fysioterapeuttien määrä on lisääntynyt kymmenillä. Samalla todetaan kuitenkin, että kotihoitoon palkattujen fysioterapeuttien määrä nousee hitaammin kuin on suunniteltu ja että tämä asettaa kuntoutuksen ammattiosaiselle kasvupaineita. Samanaikaisesti muissa Pohjoismaissa, Britanniassa ja myös Australiassa toimintaterapeuttien osuus kotihoidossa on perinteisesti ollut vahvempi kuin

fysioterapeuttien. Suomen käytäntö johtunee erilaisista koulutuspoliittisista sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen lääkinällisen kuntoutuksen perinteestä. Tulevaisuudessa onkin tärkeää tunnistaa eri ammattien ydinosaamiset ja tehdä kotikuntoutuksen palvelumuotoilua vahvassa yhteistyössä eri osajien kesken.

Kotihoidon moniammatillista ja monialaista osaamista tarvitaan asiakkaiden toimintakyvyn luotettavaan arviointiin ja tukemiseen, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä muistisairaiden kuntoutukseen ja hoitoon perustiimityön rinnalle. Kotihoidon rajallisia kuntoutusresursseja kannattaa hyödyntää tarkoituksenmukaisella tavalla, kuten käyttämällä fysio- ja toimintaterapeutteja tai kotihoidon kuntouttavia lähihoitajia muun henkilöstön ohjaamisessa, neuvonnassa ja opastuksessa, jotta asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta tulee kotihoitotiimien vakiintunut käytäntö.

Asiakasohjauksen palveluvalikoimaa tulee laajentaa erityisesti kuntoutuspalveluilla, kuntouttavaa päivätoimintaa ja lyhytaikaisia kuntouttavia intervallijaksoja hyödyntämällä. Tässä tulee hyödyntää ennakkoluulottomasti myös teknologisia ratkaisuja, kuten esim. virtuaali- tai etäkuntoutusta, etäohjausta- ja konsultaatiota tai aktiivisuuden seurantaa käyttäen.

Kotihoidotyön tilastointi vaatii myös konkreettista kehittämistä. Se, miten työntekijöiden työtä nykyisin suunnitellaan ja kirjataan, ei ole välttämättä toimi kotihoidon erityistyöntekijöiden työn eikä myöskään heidän ja muun henkilöstön kanssa tapahtuvan yhteistyön kannalta. Kun toimintakykyä edistävä kotihoito ja kuntouttavat interventiot saadaan kaikilta osin kirjatuksi ja tilastoiduksi, voidaan tehdä analyyseja tarvittavista henkilöstö- ja aikaresursseista, suunnitella koulutusta ja löytää esimerkiksi uusia toimintatapoja nykyisiin kriittisiin työntekijöiden, palveluverkoston ja johtamisen katkoskohtiin. Tarkoituksenmukaisella kirjaamisella ja tilastoinnilla voidaan todentaa myös kotihoidon vaikuttavuutta ja laatua.

2.5 Muutos ja kehittäminen sekä johtaminen kotihoidossa

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä (sote) on suuren uudistuksen keskellä. Seuraavien vuosikymmenten aikana 75 vuotta täyttäneiden määrä moninkertaistuu lisäten paineita palvelujärjestelmän toiminnalle, lisääntyville sote- ja terveyspalveluiden kysynnälle sekä kustannusten kasvulle. (Kukoistava kotihoito on tahdon asia! 2018.) Vanhuspalvelulaki ja hallituksen asettama rakennepoliittinen muutos edellyttävät jatkossa laitoshoitopaikkojen kasvattamisen sijaan kotona annettavan tuen lisäämistä ja monipuolista siten, että ikääntyneet pysyvät entistä toimintakykyisempinä (Groop 2014).

Kotihoidossa on tapahtunut viime vuosina monia muutoksia. Kuntien taloudellinen tilanne ja asiakkaiden entistä monimuotoisemmat tarpeet ovat lisänneet tarvetta kehittää ja myös muuttaa tuttuja käytänteitä. Vaikka ikääntyneellä asiakkaalla ja hänen läheisillään on ensisijainen vastuu arjen sujumisesta, kuntien vanhustalouksien oletetaan ottavan vastuun ikääntyneen asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn muuttuessa. (Keski-Suomen ikäihmisten palvelujen järjestämissuunnitelma 2020.)

Vähäkankaan ym. (2012, 17) mukaan lähijohtaja vastaa moniammatillisen kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisesta lakien, säädösten, hyvän hoidon periaatteiden ja organisaatiossa sovittujen toimintamallien mukaisesti. Jos esimiehen aika kuluu henkilöstöjohtamiseen, sijaisten hankkimiseen ja päivittäisten toimintojen jatkuvaan organisointiin, vaarana on, että hän etäänny kentällä tapahtuvasta työstä sekä kehittämistyön konkreettisesta eteenpäin viemisestä. Seurauksena on hoidon laatutason ja vaikuttavuuden heikkeneminen. Samalla myös henkilöstön sitoutuminen kehittämistoimintaan hiipuu tai loppuu kokonaan. (Lehtelä 2016, 14; Vähäkangas ym. 2012, 17.)

Kun kehittämistyössä hyvät käytännöt on määritelty ja saavutettu, on Vähäkankaan ym. (2012, 20) mukaan tärkeä varmistaa saavutetun toimintatason säilyttäminen ja sen edelleen kehittäminen. Lähijohtajan tulee turvata henkilöstön osaaminen ja sitä kautta asiantuntijuus, jotta työn laatu voidaan taata. Osaamisen johtamisen lisäksi keskeistä on visioiden ja päämäärien tarkistaminen ja uudistaminen, niiden suunnassa eteneminen ja hyvien käytäntöjen markkinoiminen yhteistyötahoille ja verkostoille. Tavoitteellinen kuntoutumista edistävä toimintatapa vaatii ainakin alkuvaiheessa lisäresursseja toteutuakseen. Lähijohtajan onkin osattava arvioida kuntoutumista edistävään toimintaan tarvittavat resurssit asiakas- ja yksikkötasolla sekä mahdollistaa riittävät resurssit. (Vähäkangas ym. 2012, 20.)

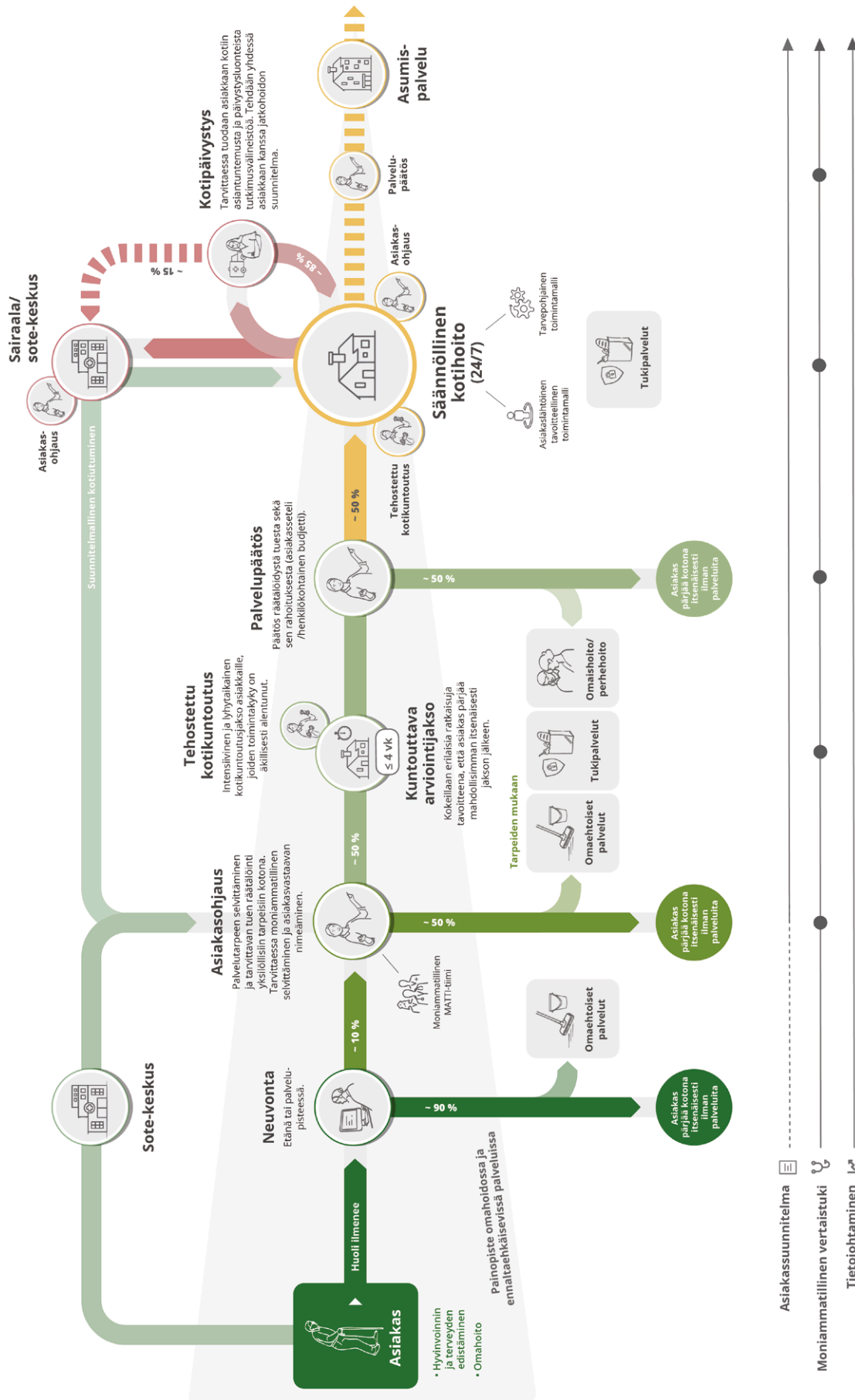
Kaiken kaikkiaan vanhustyö on fyysisesti ja henkisesti kuormittavaa, eikä sitä tule kieltää johtamis- ja kehittämistyössä. Kulmalan (2017, 10–13) mukaan vanhustyö ei automaattisesti tee siitä raskasta tai työntekijöistä tyytymättömiä ja uupuneita. Hänen mukaansa johtamisessa ja kehittämisessä tuleekin huomioida kaikki ne positiiviset, iloa tuottavat tekijät, jotka saavat työntekijät sitoutumaan päivästä ja vuodesta toiseen vanhusten kanssa työskentelyyn. Samat tekijät saavat myös eri tason johtajat sitoutumaan työhönsä ja sen kehittämiseen.

3 Toimintakykyä edistävät toimintamallit ikääntyneiden kotihoidossa

Tämän luvun toimintamallien kuvaukset noudattavat pääosin Kukoistava kotihoito -hankkeen loppuraportin vastaavia kuvauksia (Kukoistava kotihoito on tahdon asia! 2018). Kuvauksen rakennetta ja sisältöä on muokattu vain joiltain osin tekstin sujuvuuden ja luettavuuden parantamiseksi osana tätä raporttia.

3.1 Asiakkaan polku

Kukoistava kotihoito -hankkeessa on kehitetty asiakkaan polku (kuvio 1) kuvaamaan ikääntyneen henkilön asiakasprosessia hänen ottaessaan yhteyttä syystä tai toisesta asiakasohjaukseen. Moni ikääntynyt henkilö pärjää kotonaan ilman palveluja ja toimintakykyisenä, jos hänellä on käytössään aktiivinen ja tukea antava läheisverkosto. Kuitenkin siinä vaiheessa, kun ikääntyneen toimintakyvyssä on alkanut tapahtua muutoksia, omassa kodissa asuminen on vaarantunut tai hänellä on riski joutua tuetumman palveluasumisen piiriin, tarvitaan kattava järjestelmä vastaamaan tarkoituksenmukaisesti hänen palvelutarpeeseen. Yleisimmin tarve yhteydenotolle syntyy, kun ikääntyneen henkilön toimintakyvyssä on tapahtunut olennainen muutos esimerkiksi sairastumisen tai tapaturman seurauksena, ja jolloin turvallinen, itsenäinen kotona asuminen on vaarantunut. Asiakkaan polussa kuvataan ikääntyneen henkilön kotona pärjäämisen erilaiset toimenpiteet ja tukitoimet prosessin eri vaiheissa ja tilanteissa. Kotikuntoutus linkittyy asiakkaan polun useisiin eri vaiheisiin toteutuen niissä eri tavoin: kuntouttava arviointijakso, tehostettu kotikuntoutus ja muistikuntoutus. (Kukoistava kotihoito on tahdon asia! 2018.)



Kuvio 1. Ikääntyneen asiakaspolku (Tammi ym. 2018, 8).

3.2 Kuntouttava arviointijakso

Kuntouttava arviointijakso (kuvi 2) on toimintamalli asiakasohjaukseen yhteyttä ottaville ikääntyneille, jotka eivät vielä ole kotihoidon asiakkaita ja joiden tilanne vaatii tarkempaa toimintakyvyn arviointia.. Se on säännöllistä kotihoitoa edeltävä toimintamalli ja oleellinen osa heidän integroitua palvelupolkuun. Toimintamalli kehitettiin Kukoistava kotihoito -hankkeen maakunnallisissa työpajoissa yhteistyössä kuntien kotihoidon edustajien kanssa selkiyttämään ja palvelemaan ikääntyneiden asiakkaiden ohjautumista heidän asiakasprosessissaan. Kuntouttava arviointijakso on jatkoa sille asiakasohjauksen työlle, jossa herää huoli asiakkaan kotona suoriutumisesta. Jakson aikana on tarkoitus saada kokonaiskuva asiakkaan arki-suoriutumisesta, arvioida hänen toimintakykynsä ja elinympäristöään sekä toteuttaa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen kotikuntoutusjakso yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä kotihoidon kanssa. Jakso on tarkoitettu toteutuvaksi mahdollisten tuki- ja kotihoitopalvelujen rinnalla tai sijasta ja se edeltää aina säännöllisten kotihoitopalvelujen aloittamista. (Janhunen ym. 2018a.)



Kuvi 2. Kuntouttava arviointijakso -toimintamalli (Janhunen ym. 2018a, 50).

Kuntouttava arviointijakso on määritelty kestoltaan enintään neljän viikon pituiseksi. Se voidaan myöntää asiakasohjauksen ja moniammatillisesti tehdyn palvelutarpeen kartoituksen ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella henkilöille, jotka eivät vielä ole säännöllisten kotihoidon palvelujen piirissä. Jo kotihoidon palvelujen piirissä oleville asiakkaille

kuntouttava arviointijakso voidaan aloittaa tarpeen mukaan muiden toimintakykyä tukevien toimien rinnalla. Tällöin heidän toimintakyvyssään ja/tai tilanteessaan on yleensä tapahtunut merkittäviä muutoksia, jonka vuoksi palvelutarpeen kartoitus ja toimintakyvyn uudelleenarviointi on tarkoituksenmukaista. (Janhunen ym. 2018a.)

Kuntouttava arviointijakso perustuu asiakaslähtöiseen tavoitteelliseen toimintatapaan, jonka lähtökohtana on ICF-viitekehyksen² mukainen laaja-alainen näkemys toimintakyvystä (Paltamaa 2018). Asiakas määrittelee itseään koskevat toimintakyvyn osa-alueet, jotka hän kokee ensisijaisiksi oman arkensa ja osallistumisensa sekä kotona asumisensa kannalta. Varhainen toimintakyvyn tukeminen ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla edistää kotona pärjäämisen ja oman elämän hallinnan tunnetta sekä luo uskoa kotona asumisen jatkuvuuteen. (Autti-Rämö 2016; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017; Pikkarainen ym. 2016.)

Moniammatillinen ja asiakaslähtöinen alkuarviointi käynnistetään matalalla kynnyksellä viiveettä ja saumattomasti sekä toteutetaan mieluiten kuntoutujan omassa toimintaympäristössä. Näin arviointi saadaan osaksi yksilöllistä tuen, hoidon ja hoivan integroitua palvelukokonaisuutta, jossa ikääntyneen asiakkaan oma rooli ja vastuu korostuvat. Tavoitteena on yksilöllisen ja merkityksellisen omassa kodissa asumisen mahdollistuminen. (Kuntoutuksen uudistuskomitea 2017, 10.)

Moniammatillisesti tehdyllä terveydentilan ja toimintakyvyn arvioinnilla voidaan luotettavasti kartoittaa asiakkaan kokonaistilanne yksilöllisine vahvuuksineen ja riskitekijöineen. Arviointitulokset suhteutetaan aina asiakkaan tarpeisiin, voimavaroihin ja elinympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin. Näiden pohjalta voidaan arvioida ja ennakoida hänen kuntoutumisensa mahdollisuudet, suunnitella kuntouttavan arviointijakson konkreettiset tavoitteet ja arkikuntoutuksen toteutus menetelmineen yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Jakson aikana tavoitteita ja menetelmiä voidaan muuttaa asiakkaan tilanteen niin vaatiessa. Kuntouttava arviointijakso alkuarviointeineen on edellytyksenä säännöllisten kotihoidon palvelujen aloittamiselle, tarvittaessa kuitenkin sen rinnalla voidaan aloittaa asiakkaan mahdollisesti tarvitsemat kiireelliset palvelut. (Janhunen ym. 2018a).

Kuntouttavalla arviointijaksolla noudatetaan asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa yhdessä laadittua kotona kuntoutumisen suunnitelmaa, jonka toteuttamiseen kaikki osapuolet sitoutuvat. Jakso toteutuu moniammatillisen kotihoidon henkilöstön toteuttamana siten, että vastuut ja käyntikertojen määrät vaihtelevat asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan jakson edetessä. (Janhunen ym. 2018a.)

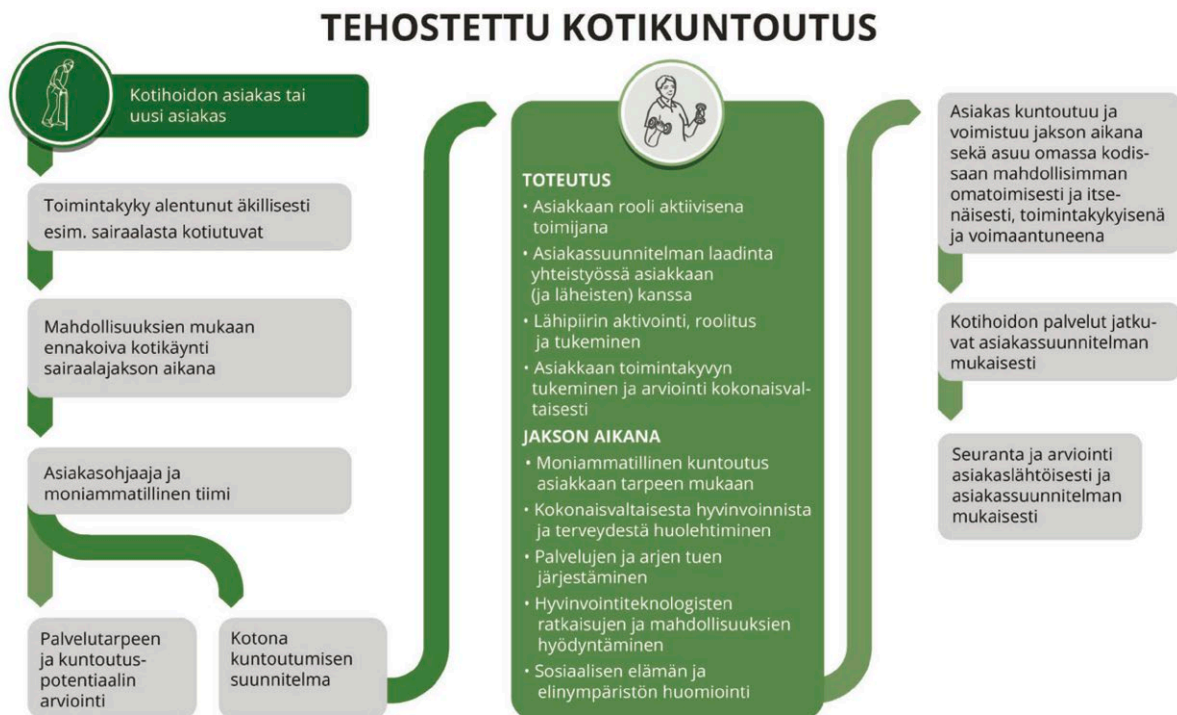
² ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2004.

Kuntouttavan arviointijakson lähtökohtana on aina konkreettinen asiakkaan tarvitsema avun- tai tuen tarve päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn koheneminen ja sen myötä poistunut palvelutarve tai mahdollisesti pärjääminen pienemmän tai vaihtoehtoisen tuen turvin. Kuntouttava arviointijakso sisältää aina hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä (varhainen puuttuminen), kotihoidon kuntoutustyöntekijöiden koordinoimaa kuntoutusta sekä monialaisen kotikuntoutuksen toteuttamista hoitohenkilökunnan toimesta asiakkaan tarpeen mukaan. Kotihoidon tehtävänä on lisäksi tukea asiakkaan arksuoriutumista niissä toimissa, joista hän ei suoriudu itsenäisesti. (Janhunen ym. 2018a.)

Kotihoidon fysio- ja toimintaterapeutit työskentelevät kotihoidon henkilöstön kanssa osittain työpareina, jolloin toimintakykyä edistävä työote harjaantuu ja kotihoidon kuntouttava toimintatapa vahvistuu. Jakson päättyessä arvioidaan säännöllisen kotihoidon tai vaihtoehtoisten tukipalvelujen tarve sekä sovitaan seuranta-ajankohta, jolloin asiakkaan tilannetta ja toimintakykyä arvioidaan uudelleen. Kuntouttava arviointijakso -toimintamallin tavoitteena on, että noin puolet kuntouttavan arviointijakson alkuarvioinnin läpikäyneistä pärjää ilman säännöllisiä kotihoidon palveluita. (Janhunen ym. 2018a.)

3.3 Tehostettu kotikuntoutus

Tehostettu kotikuntoutus on uusi Kukoistava kotihoito -hankkeen myötä Keski-Suomen kuntien kotihoidoissa käyttöön otettu toimintamalli (kuviot 3). Jakso on kohdennettu ensisijaisesti asiakkaille, jotka vielä hyötyvät nousujohteisesta, moniammatillisesta kuntoutuksesta, esim. sairaalajaksolta kotiutuvat henkilöt. Moniammatillinen tiimi vastaa jakson toteutuksesta kuntoutustyöntekijöiden johdolla yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä muiden mahdollisten toimijoiden kanssa. Kuntoutusjakson kesto on neljästä kahdeksaan viikkoa, jolloin intensiivisen harjoittelun lisäksi arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja palvelutarvetta. (Janhunen ym. 2018b.)



Kuvio 3. Tehostettu kotikuntoutus -toimintamalli (Janhunen ym. 2018b, 61).

Tehostetun kotikuntoutuksen jakso toteutetaan asiakkaan kotona, kodinomaisessa ympäristössä tai hyödyntäen esimerkiksi intervallijaksoja. Jakson tavoitteena on asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn vahvistaminen ja palauttaminen heikentymistä edeltävälle optimaaliselle tasolle asiakkaan tarpeen ja voimavarojen mukaisesti huomioiden asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ja terveys. Jakson kokonaistavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn parantuminen ja itsenäisen sekä toimintakykyisen kotona asumisen jatkumisen mahdollistaminen. Oleellista on tukea asiakkaan omaa uskoa yleiskunnon ja toimintakyvyn palautumiseen, toiveikasta mielialaa ja kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumista asiakkaalle tarkoituksenmukaisella tavalla ja hänen toiveitaan kuunnellen. (Janhunen ym. 2018b.)

Tehostettu kotikuntoutusjakso on tarkoitettu erityisesti asiakkaille, joiden toimintakyky on äkillisesti heikentynyt, joilla on vielä selkeää kuntoutuspotentiaalia ja jotka ovat motivoituneita omatoimiseen harjoitteluun. Tehostetun kotikuntoutusjakson aikana keskitytään asiakkaalle merkityksellisiin ja päivittäisissä toimissa tarvittaviin taitoihin (Aspinal ym. 2016) sekä myös taitoihin ylläpitää sosiaalisia suhteita. Keskeistä on tunnistaa ja tavoittaa potentiaaliset asiakkaat oikea-aikaisesti ja aloittaa jakso niille kotihoidon asiakkaille, joiden kohdalla on tunnistettu ennaltaehkäisevästi riski tai herännyt huoli toimintakyvyn alenemisesta. Jakso on perusteltua aloittaa matalalla kynnyksellä, mikäli on havaittu yksi tai useampi toimintakyvyn alenemisen uhkatekijä. (Janhunen ym. 2018b.)

Tehostettua kotikuntoutusjaksoa edeltää alkukartoitus ja sen pohjalta laadittu toteutus-suunnitelma jakson sisällöstä ja keinoista sekä toteuttamisajoista, -kestoista ja -paikoista. Asiakasohjaaja selvittää moniammatillisen tiimin kanssa asiakkaan koti- ja toimintaympäristöön liittyvät haasteet ja mahdollisuudet sekä asiakkaan ja omaisen näkemykset kotona pärjäämisestä ja palvelutarpeesta. Asiakkaan elämätilanne ja -historia, toimintakyvyn muutokset, vahvuudet, voimavarat ja mielenkiinnon kohteet sekä muut toimintakykyyn vaikuttavat tekijät (esim. lääkitys, itsestä huolehtiminen, arjessa selviytyminen, sosiaalisen osallistumisen mahdollisuudet) selvitetään ja huomioidaan jakson suunnittelussa. Asiakas on keskeinen toimija jakson aikana ja asiakasta tuetaan tavoitteen saavuttamisessa kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan tulee kyetä määrittelemään omat arkiset, konkreettiset ja saavutettavissa olevat tavoitteensa yhdessä ammattilaisten ja/tai läheistensä kanssa. Tavoitteet tulee olla arjen tekemisen tasolla siten, että niitä ei sidota diagnoosiin, ikään tai yksilöllisiin ruumiin/kehon toimintoihin (Aspinal ym. 2016). Asiakkaan itsensä määrittelemät ja voimavarat huomioivat konkreettiset tavoitteet, tavoitteiden toteutumisen seuranta sekä asiantunteva ohjaus motivoivat ja sitouttavat asiakasta oman toimintakykynsä edistämiseksi tehtävään päivittäiseen harjoitteluun. (Janhunen ym. 2018b.)

Tehostetun kotikuntoutusjakson onnistuminen edellyttää, että asiakkaalla on riittävästi voimavaroja, hän on aktiivinen oman kuntoutumisensa suhteen, sitoutunut jakson toteuttamiseen, hänen toimintakyvyssään on odotettavissa paranemista ja että hänen elämäntilanteensa ja lähtökohtansa tukevat jakson toteutumista. Samalla tulee huomioida, että ikääntynyt tarvitsee oman kuntoutuksensa käynnistymiseen ns. yksilöllistä valmistautumisaikaa, joka vaatii erilaisia aika- ja henkilöstöresursseja eri asiakkaiden kanssa. Tämä valmistautumisaika tulee ottaa osaksi jaksoa, jolloin ns. haluaminen oman tilanteen muutokseen käynnistyy ja yksilölliset jakson tavoitteet jäsentyvät kuntoutuksen erilaisten mahdollisuuksien avautuessa ikääntyneelle asiakkaalle.

Moniammatillinen yhteistyö sekä läheisten osallistuminen edistävät tehostetun kotikuntoutusjakson etenemistä, tavoitteiden toteutumista sekä tukevat asiakkaan kuntoutumista. Ikääntyneen asiakkaan ja hänen läheistensä tietämystä kuntouttavista menetelmistä sekä niiden positiivisesta vaikuttavuudesta toimintakykyyn on hyvä laajentaa kertomalla eri vaihtoehtoista asiantuntevasti. Toimintakyvyn edistyessä kotioloissa on myös huolehdittava sosiaalisten kontaktien ylläpysymisestä, jottei asiakas eristäydy liikaa kotiinsa ja sen myötä tarvitse uusia soite-palveluita (Aspinal ym. 2016; Janhunen ym. 2018b.)

3.4 Muistikuntoutus

Suurin ikääntyneiden palveluja käyttävä asiakasryhmä ovat muistisaira. Kotihoidon asiakkaista vain yhdellä kolmasosalla kognitio on normaali, eikä kaikilla muistioireisilla ole

muistisairauteen liittyvää diagnoosia. Muistisairauksien diagnosoinnissa on kehitettävää, sillä maakunnalliset erot ovat huomattavia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista vain 20 prosentilla on muistisairausdiagnoosi. Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi kotihoidossa on kehitettävä aktiivisesti muistisairauksien tunnistamista (THL, 2018a).

Muistikuntoutus on yksi monialaisen kuntoutuksen erityisosaamisalueista, jonka tulee toteutua kiinteänä osana kotihoitoa. Sujuva muistisairaahan hoito ja kuntoutus sisältävät hyvin koordinoituja ja oikea-aikaisia tukitoimia, joiden avulla voidaan myöhäistää raskaampien palvelujen tarvetta. Oikein kohdennetuilla ja ajoitetuilla kuntouttavilla toimilla mahdollistetaan muistisairaahan omannäköinen, turvallinen ja mielekäs arki sekä tuetaan hänen läheisiään. Muistikuntoutuksella voidaan myös ennaltaehkäistä käytösoireiden syntymistä ja pahenemista sekä helpottaa läheisten jaksamista (Eloniemi-Sulkava 2009; Pitkälä 2010). Selkeä ja kaikkien tiedossa oleva muistisairaahan asiakkaan polku toimii ammattilaisten apuna ja auttaa koordinoimaan asiakkaiden kanssa tehtävää toimintaa. Ennaltaehkäisevillä toimilla lisätään tietoisuutta aivoterveystiestä sekä kansansairauksien hyvästä hoidosta. Niiden tulee olla kiinteä osa muistisairaahan polkua, sillä elintapoihin vaikuttamalla voidaan hidastaa muistisairauden etenemistä (Ngandu ym. 2015). Onnistuneen muistikuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä, suunnittelussa ja toteutuksessa on muistisairaalla itsellään ja hänen läheisellään keskeinen rooli (Pitkälä, 2010).

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta hoito ja kuntoutus voidaan aloittaa oikea-aikaisesti. Olennaista on lisätä kuntalaisten ja ammattilaisten tietämystä muistisairauksista ja osaamista muistisairaahan henkilön kohtaamisesta ja tukemisesta. Terveystieteiden alan ammattilaisten kohdalla varhaiseen muistisairauksien tunnistamisen ja puuttumisen systemaattisuutta voidaan edistää esim. lisäämällä asiakas- ja potilastietojärjestelmiin herätteitä, jotka reagoivat ennalta määriteltyihin tietoihin, kuten perumattomat ajanvaraukset ja huoli-ilmoitukset. (Jokela ym. 2018.)

Muistisairauksien luotettavassa diagnosoinnissa vaaditaan aina geriatriin ja muistihoitajan erityisosaamista sekä tiivistä yhteistyötä. Jokaisella muistisairaalla tulee olla diagnosointivaiheen jälkeen nimetty muistikoordinaattori, jonka tehtävänä on seurata ja koordinoita hoitoa ja kuntoutusta koko sairauden ajan. Muistikoordinaattoritoiminnan on todettu parantavan muistisairaahan ja hänen läheisensä elämänlaatua sekä mahdollistavan kotona asumisen pidempään (Pitkälä 2010). Muistikoordinaattorin työkenttään kuuluu yhteistyö geriatriin, asiakasohjauksen, kotihoidon, kolmannen sektorin ja kunnan hyvinvointia edistävän toiminnan sekä moniammatillisen muistitiimin kanssa. Muistitiimiin kuuluu vanhus- ja terveyspalvelujen ammattilaisia ja tehtävänä on kehittää muistityötä sekä varmistaa tiedon saatavuuden sairastuneille ja heidän läheisilleen sekä jakaa ensitietoa ja järjestää ajantasaista koulutusta. (Jokela ym. 2018.)

Muistisairaahan henkilön kuntoutus käynnistyy yhteydenotolla asiakasohjaukseen, joka tekee asiakkaan ja hänen läheisensä avulla ensiarvion tilanteesta. Tilanteen niin vaatiessa, asiakas ohjataan kuntouttavan arviointijakson alkuarviointiin ja tässä vaiheessa hyödynnetään muistikoordinaattorin asiantuntemusta, kuten myös mahdollisesti alkavan kuntouttavan arviointijakson aikana. (Jokela ym. 2018.)

Muistikuntoutuksen tavoitteena on muistisairaahan omien mielenkiinnon kohteiden löytäminen, niiden vahvistaminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen mielekkään ja turvallisen kotona asumisen mahdollistamiseksi. Muistisairaahan tarpeiden ja toiveiden tulkkina on läheisellä merkittävä osuus. Muistikuntoutus sisältää toimintakyvyn ylläpitämisen ja tukemisen lisäksi monipuolisiin ja terveellisiin elämäntapoihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa (uni, ravitsemus, liikunta) sekä harrastuksiin, mielekkääseen arkeen ja sosiaalisiin suhteisiin kohdistettuja toimenpiteitä (Pitkälä, 2010). Kotihoidon asiakaslähtöinen, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen toiminta kohdistetaan muistisairaalle asiakkaalle merkityksellisiin asioihin tukemalla niitä parhaalla mahdollisella tavalla. Läheisten tuki ja kuntoutus on myös huomioitava, sillä kognitiiviset ongelmat ja psykososiaaliset haasteet ovat yhteydessä arkielämän kuormittavuuteen. (Juntunen ym. 2018.)

4 Kuntouttavan arviointijakson pilotointi Keski-Suomessa

4.1 Tarkoitus

Kukoistava kotihoito -hankkeen eräs keskeinen kiinnostuksen kohde oli uudenlaisen kotihoitokulttuurin kehittyminen. Tältä pohjalta suunniteltiin tutkimus, jonka kohteeksi ja ilmiöksi määriteltiin oli "asiakslähtöinen tavoitteellinen kotona kuntoutuminen". Ilmiön tarkastelu rajattiin kuntouttavan arviointijakson toimintamalliin ja siihen liittyvien eri vaiheiden kartoitukseen ja analysointiin. Tältä pohjalta määriteltiin tutkimuskysymykset.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten kotihoidon uudeksi asiakkaaksi tullaan ja keitä/minkälaisia henkilöitä he ovat?
2. Miten ennen kuntouttavaa arviointijaksoa tehty alkukartoitus toteutettiin ja oliko se moniammatillinen?
3. Kenelle kuntouttava arviointijakso aloitettiin ja millä kriteereillä?
 - a. Miten kuntouttava arviointijakso kohdentui?
 - b. Kuinka monelle henkilölle kuntouttava arviointijakso toteutettiin tutkimusajankohtana (yhden kuukauden aikana)?
 - c. Jos jaksoa ei aloitettu, mitkä olivat syyt?
4. Miten kuntouttavien arviointijaksojen tavoitteellisuus ja interventio toteutuivat?
 - a. Millaisia tavoitteita jaksoille asetettiin?
 - b. Millaisia menetelmiä/keinoja käytettiin sekä olivatko valitut keinot tavoitteiden mukaisia?
 - c. Jos jakso keskeytyi, niin miksi?

- d. Miten kuntouttavien arviointijakson päättyessä niiden seurannat toteutettiin?
5. Kuinka paljon asiakkaita ohjautui kuntouttavalle arviointijaksolle ja kuinka moni heistä jatkoi asumistaan kotonaan ilman säännöllisiä kotihoidon palveluja tai kotihoidon palvelujen turvin kuntouttavan arviointijakson jälkeen?
6. Miten asiakaslähtöisyys toteutui kuntouttavien arviointijaksojen prosesseissa (esim. viiveet, aikataulut, arviointimenetelmät, resurssit)?

4.2 Tutkimusmenetelmät

4.2.1 Tiedonkeruun toteutus

Tiedonkeruun suunnittelu ja sisältö

Tiedonkeruun suunnittelivat Kukoistava kotihoito -hankkeen kuntoutuksen toimintamalleista vastannut kehittämiskoordinaattori Eija Janhunen (EJ)³ ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijat Jaana Paltamaa (JP) ja Aila Pikkarainen (AP). Sen sisältö perustui hankesuunnitelmaan (Kukoistava kotihoito 2016) ja hankkeen aikana kuntien kanssa pidettyihin työpajoihin.

Kuntouttavan arviointijakson kehittämiseksi tietoa kerättiin asiakkaan polun (kuvio 1 luvussa 3.2.) eri vaiheista: asiakkaaksi tulo (uudet asiakkaat), kotikuntoutuksen kohdentuminen (tehty alkuarviointi), suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus, kotikuntoutuksen toteutuminen (sisältö ja käytetyt toimintakyvyn arviointi- ja seurantamenetelmät) sekä tavoitteiden saavuttaminen ja seurantasuunnitelma (taulukko 1).

³ EJ = Eija Janhunen, JP = Jaana Paltamaa, AP = Aila Pikkarainen

Taulukko 1. Kuntouttavan arviointijakson vaiheet ja toteutuksen keskeiset sisällöt (muokattu Janhunen ym. 2018a, 51).

Kuntouttavan arviointijakson vaiheet	Toimintamallin keskeiset sisällöt kootun aineiston ja tulosten pohjalta
1) Ohjautumisvaihe	<p>Asiakkaan (itse tai hänen edustajansa) ottaessa yhteyttä asiakasohjaukseen on asiakasohjaajan tehtävänä tunnistaa asiakkaan kertoman ja kokeman perusteella hänen tarpeensa, toimintakyvyn alenemiseen liittyvät riskitekijät ja haasteet sekä yksilölliset voimavarat ja kuntoutumisen potentiaali.</p> <p>Ohjautumisvaihe sisältää tiedonjakamista sekä ohjaamista ja neuvontaa käynnistäen tarvittaessa moniammatillisen konsultaation ja arvioinnin sovittujen kriteerien perusteella.</p>
2) Alkuarviointivaihe	<p>Alkuarviointi toteutetaan asiakaslähtöisillä ja luotettavilla sekä näyttöön perustuvilla menetelmillä, joita täydennetään tarvittavilla yksilöidyillä arviointimenetelmillä. Asiakaslähtöisistä osallistumisen arviointimenetelmistä WHODAS 2.0 oli otettu pilotoitavaksi.</p> <p>Arviointien tulokset kirjataan sovitusti seuranta varten. Tulokset käydään läpi yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa reflektoiden, jotta niiden perusteella voidaan tarkentaa ja konkretisoida asiakkaan kokemia yksilöllisiä tarpeita ja kuntoutumisen mahdollisuuksia asiakkaan itse määrittämässä toimintaympäristössä.</p>
3) Tavoitteen asettamisvaihe ja jakson suunnitteluvaihe	<p>Ennen kuntouttavan arviointijakson käynnistymistä asetetaan konkreettiset ja yksilölliset kotona kuntoutumista tukevat tavoitteet yhdessä asiakkaan (ja läheisen) kanssa. Tavoitteet kuvataan asiakkaan haluamana muutoksena hänen toimintakyvysään ja toimintaympäristössään (esimerkiksi tekemisen määrä, laatu, sisältö, paikka ja aika).</p> <p>Konkreettisen tavoitteen avulla valitaan arkikuntoutuksen menetelmät ja toteutustavat. Konkreettinen tavoite mahdollistaa seurannan ja kannustaa asiakasta omaehtoiseen toimintaan ja tekemiseen. Kuntouttavan arviointijakson ollessa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen, kaikki jakson toteutukseen osallistuvat tietävät omat tehtävänsä osana asiakkaan kuntoutumisprosessia. Suunnitelma on kaikkien asiakkaan palveluihin osallistuvien toimijoiden tiedossa ja nähtävillä sovitusti.</p>
4) Toteutusvaihe (neljä viikkoa)	<p>Neljän viikon kuntouttava arviointijakso käynnistetään laaditun suunnitelman mukaisesti ja moniammatillisesti asiakkaan koti- ja lähiympäristössä (esim. päiväkeskus, intervallijakso, myös palveluasuminen). Lähtökohtana on, että asiakas on aktiivinen toimija jakson aikana saaden esimerkiksi ohjausta ja tukea läheisiltä, kotihoidolta ja erityistyöntekijöiltä sovitusti (esim. aamupalan valmistaminen/kotihoidon aamukäynti, ulkoilu/omaisen kanssa x kertaa/vko, kotijumppa aamuin ja illoin itsenäisesti). Tavoitteita ja toteutusta voidaan tarkentaa ja muuttaa yhdessä asiakkaan kanssa jakson kuluessa tai toimintaa voidaan tehostaa tavoitteita paremmin tukevaksi.</p> <p>Päivittäiset tapahtumat kirjataan sovitusti, jotta toteutusta ja tavoitteiden saavuttamista voidaan seurata. Asiakkaan toimintakyvyn edistyessä päivittäisen kotikuntoutuksen sisällöt, keinot ja määrät sekä kestot sovitetaan hänen tilanteeseensa (asiakkaan rooli vahvistuu, kotihoidon rooli vähenee jne.). Jos kuntouttava arviointijakso keskeytyy (sairastuminen, hoitojaksot, matkat), kuntoutuksen toteutusta jatketaan heti, kun asiakkaan tilanne vakiintuu. Toteutusvaiheen kirjauksilla saadaan konkreettisesti esille, kuinka paljon aikaa ja ohjausresursseja asiakas tarvitsee, jolloin ne voidaan merkata työntekijöiden aikatauluihin / toiminnanohjausjärjestelmiin tarkoituksenmukaisella tavalla. Tilastointi kannustaa, aktivoi ja osallistaa asiakasta tehden samalla kuntoutustyön konkreettisesti näkyväksi kaikille eri osapuolille.</p>

Kuntouttavan arviointijakson vaiheet	Toimintamallin keskeiset sisällöt kootun aineiston ja tulosten pohjalta
5) Seuranta- ja päätösvaihe	<p>Tavoitteiden toteutumisen seuranta kuuluu kaikille kuntouttavan arviointijakson toteuttajille koko jakson ajan. Erityisesti ikääntyneiden terveyden- ja toimintakyvyn päivittäiset tilanteet vaihtelevat, jolloin hyvin käynnistynyt kuntoutusprosessi voi hetkellisesti pysähtyä tai taantua, mutta myös palautuu nopeasti ennalleen.</p> <p>Seuranta- ja päätösvaiheessa huomioidaan erilaiset kuntouttavan arviointijakson vaiheet suhteessa asiakkaan sen hetkiseen kokonaistilanteeseen, voimavaroihin ja toimintaympäristöön. Kuntouttavan arviointijakson tulokset käydään läpi yhdessä asiakkaan ja asiakasohjaajan kanssa. Tulosten perusteella sovitaan asiakkaan kanssa tarvittavien tukitoimien, kuntoutuksen, kotihoidon tai yksityisten palvelujen jatkumisesta suhteutettuna hänen tarpeeseensa. Mikäli palvelutarvetta ei ole, sovitaan seuranta-ajankohdista ja tapaamisista, sekä niissä käsiteltävien asioiden sisällöistä (kuka, milloin).</p>

Muuttujaluettelo

Tiedot kerättiin pääosin sähköisesti Excel-tiedostolla (muuttujaluettelo liite 1), jonka tueksi oli tehty erillinen manuaali. Lisäksi kuntouttavan arviointijakson aikana toteutuneesta kotikuntoutuksesta kerättiin tietoa asiakkaan kotona olleella sisältö- ja toteutuslomakkeella (liite 2).

Excel-tiedostossa oli neljä eri välilehteä:

- I Asiakkaaksi tulo
- II Alkukartoitus ennen kuntouttavaa arviointijaksoa
- III Tavoitteet, suunnitelma ja toteutus
- VI Loppuarviointi ja päätökset

Muuttujaluettelo ja Excel-tiedostoa kehitettiin laajassa yhteistyössä:

- Luonnosvaiheen Excel-tiedostoa on pilotoitu kolmen asiakasohjaajan toimesta viikolla 10 (5.–9.3.2018).
- Toteutussuunnitelmaa sekä Excel-tiedostoon liittyvää muuttujaluettelo ja toteutusvaiheen lomaketta esiteltiin Kukoistava Kotihoito -hankkeen projektiryhmälle 13.3.2018.
- Kuntien nimeämille vastuuhenkilöille järjestettiin ohjausta ja opastusta tiedonkeruumateriaalin käytöstä neljässä erillisessä Lync-palaverissa (etäyhteys) 28.3.2018 sekä lähiopastuksena 18.4.2018.
- Excel-tiedostoa sekä sisältö- ja toteutuslomaketta päivitettiin maaliskuun 2018 aikana em. tahoilta ja tilaisuuksista saatujen kommenttien perusteella.

Tiedonkeruun toteutus

Kaikki hankkeeseen osallistuneet Keski-Suomen kunnat olivat ottaneet kuntouttavan arviointijakson juurrutettavaksi hankesuunnitelman mukaisesti ja siten osallistuivat tiedonkeruuseen. Käytännössä tiedonkeruusta vastasivat kuntouttava arviointijakso -toimintamallia toteuttaneiden kuntien moniammatillisten työryhmien työntekijät.

Tietoa kerättiin huhti-kesäkuussa 2018 kuukauden ajan kaikista ikääntyneistä,

- 1) joiden asioista otettiin yhteyttä asiakasohjaukseen (tai muu taho),
- 2) jotka eivät vielä olleet kotihoidon asiakkaita,
- 3) jotka ohjautuivat moniammatilliseen alkuarviointiin,
- 4) ja jotka edelleen ohjautuivat kuntouttavalle arviointijaksolle.

Tietoa kerättiin yhteydenottopäivästä siihen asti, kunnes neljän viikon kuntouttava arviointijakso päättyi (käytännössä kesäkuun loppuun asti). Jos kuntouttava arviointijakso ei alkanut, tiedot kerättiin siihen saakka, kun tästä tehtiin päätös. Asiakastiedot kerättiin nimettöminä, jolloin ensimmäisen yhteydenoton saanut vastuuhenkilö koodasi asiakkaan yhteystiedot omaa, henkilökohtaista juoksevaa numeroa ja nimikirjaimia käyttäen, esimerkiksi KeuruuKJ01 (Keuruu = kunta, KJ = työntekijän nimikirjaimet, 01 asiakkaan numero). Tiedonkeruun ajan vastuuhenkilö ja kotihoidon henkilöstö tiesivät kyseessä olleen asiakkaan tunnustekoodin tiedonkeruun ajalta, jonka jälkeen tunnustekoodi hävitettiin.

Kuntakohtainen toteutus

Kukin kunta toteutti kuntouttavan arviointijakson oman juurruttamissuunnitelmansa mukaisesti. Aineistonkeruun aikana osa kunnista vielä viimeisteli omia käytäntöjään yhteisesti sovittuja toimintaohjeita noudattaen:

- Kukin kunta käytti omaa kuntouttavan arviointijakson esitettä ja esitteli jakson myös suullisesti siihen osallistuville asiakkaille ja heidän läheisilleen.
- Kukin kunta nimesi tiedonkeruun vastuuhenkilön prosessin eri vaiheisiin.
- Tiedonkeruuseen käytetty aika raportoitiin hankkeen työajanseurantaan.
- Toteutusvaiheen seurantalomake oli asiakkaan kotona ja hänen luvallaan kaikkien osapuolten nähtävillä kuntouttavan arviointijakson aikana. Lomakkeeseen kirjattiin toteutuneita kuntoutusinterventioita ja huomioita. Jakson päätyttyä tunnustekoodilla ja asiakkaan kirjatulla tavoitteilla varustettu lomake skannattiin / lähetettiin tutkijoille ja alkuperäinen versio hävitettiin.

- Tiedonkeruuseen liittyneet aineistot tallennettiin kunnissa tietoturvalliseen paikkaan kunkin kunnan omien käytäntöjen mukaisesti.
- Kunnat itse vastasivat säännöllisestä tiedostojen varmuuskopioinnista tiedonkeruun aikana.
- Tiedonkeruun tuki ja neuvonta oli järjestetty KuKo- hankkeen kehittämiskoordinaattorin (EJ) ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun tutkijoiden (JP ja AP) toimesta.
- Excel-tiedostot ja kotikuntoutuksen sisältö- ja toteutuslomakkeet palautettiin sähköisesti Jyväskylän ammattikorkeakoulun tutkijoille (JP ja AP) analysointia varten.

4.2.2 Aineiston analyysi ja raportointi

Aineiston analyysistä vastaava tutkija (JP) tallensi palautetut kuntakohtaiset sähköiset Excel-tiedostot, tarkasti tiedot ja tarkensi tietoja tarvittaessa tiedonkeruun vastuuhenkilöiltä. Tiedostojen alkuvertailussa tehtiin joidenkin muuttujien osalta uudelleen koodausta yhdistelemällä eri kysymyksien vastauksia tai lisäämällä kategorisia kyllä/ei -luokkia. Näin varmistettiin mahdollisimman yhtenäiset tiedot eri kuntien välillä. Tämän jälkeen eri kunnista palautetut Excel-tiedostot yhdistettiin kaikki samaan tiedostoon.

Sisältö- ja toteutuslomakkeiden analyysistä vastannut tutkija (AP) tarkasti palautetut lomakkeet ja yhtenäisti niiden tiedot vertailua varten. Tämän jälkeen tiedot siirrettiin koko aineistoa koskevaan yhteiseen Excel-tiedostoon ja siitä edelleen SPSS-ohjelmaan aineiston analyysia varten.

Määrällisen aineiston analyysi tehtiin SPSS-ohjelmalla (IBM SPSS Statistics 25) touko-syyskuussa 2018. Tulokset analysoitiin käyttäen frekvenssijakaumia (summa, prosentti) ja ristiintaulukointia. Ryhmien välistä vertailua tehtiin χ^2 -testillä ja t-testillä. Palautuneiden sisältö- ja toteutuslomakkeet sisällöt analysoitiin määrällisesti (kerrat, kestot, toteuttajat) ja laadullisesti sisällön analyysia käyttäen. Analyysissa hyödynnettiin osittain ICF-lähestymistapaa. Tuloksista analysoitiin vaiheittain (Excel-tiedoston välilehdet I–IV) koko Keski-Suomea koskeneet tulokset, jotka raportoitiin syksyn 2018 aikana Kukoistava kotihoito -hankkeen työpajoissa ja tilaisuuksissa. Kuntakohtaiset tiedot toimitettiin perusjakaumina ja kuvauksina kunkin kunnan tiedonkeruun vastuuhenkilöille, kotihoidon esimiehille ja vastaaville johtajille.

Hankkeen käsikirjassa (<http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>) ja 10.10.2018 pidetyssä Kukoistava kotihoito -hankkeen päätöstilaisuudessa (<http://www.ks2021.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/ajankoh-taista/>) esiteltiin kuntouttava arviointijakso -toimintamalli, tutkimuksen tiedonkeruu ja sen

keskeiset tulokset sekä johtopäätökset. Käsikirjan muoto ja rajallinen sivumäärä eivät mahdollistaneet tulosten käsittelyä laajemmin.

Tutkimuksen tuloksia tullaan esittelemään tämän raportin lisäksi ammattilehtiin suunnatuissa artikkeleissa sekä alan tieteellisissä kongresseissa. Lisäksi tuloksia ja kehittämistarpeita voidaan hyödyntää valtakunnallisessa ja maakunnallisessa kehittämistyössä sekä kuntoutusalan ammattilaisten erilaisissa koulutuksissa.

4.2.3 Tutkimuksen toteutuksen eettiset näkökulmat

Kuntouttava arviointijaksoja koskenut tiedonkeruu suoritettiin kertaluontoisena tutkimuksena, jolle haettiin ja saatiin tutkimuslupa Kukoistava kotihoito -hankkeen hallinnoijana toimineelta Jyväskylän kaupungilta. Tutkittavia (+65 vuotiaat) koskeneita tietoja käsiteltiin tunnistekodeilla siten, ettei heidän henkilöllisyytensä ollut tutkijoiden tiedossa tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkijoille ilmoitettiin vain kunta-/tiimikohtainen tunnistekoodi, jonka perusteella asiakastietoja ei voinut yhdistää yksittäisiin henkilöihin. Aineiston keruun ajan tunnistekoodi oli tiedossa vain kuntien vastuuhenkilöillä ja näin he pystyivät yhdistämään asiakaskohtaiset tiedot aineistonkeruun eri vaiheissa ja tiedonkeruun edetessä. Henkilöiden taustatietoina käytettiin tietoja sukupuolesta, iästä sekä kotikunnasta.

Alkaneen tiedonkeruun toteutuksesta laadittiin tiedote ja kunnat tiedottivat asiakkailleen omia ilmoituskanaviaan käyttäen tiedonkeruun toteutuksesta, tarkoituksesta ja ajankohdasta. Tiedonkeruun vastuuhenkilöt selvittivät yhteyttä ottaneille tahoille ja asiakkaille tutkimuksen tarkoituksen sekä tiedonkeruun toteutustavan. Samalla ilmoitettiin, ettei tiedonkeruu vaikuttanut tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden hoitoon eikä palveluihin. Kuntouttavalle arviointijaksolle ohjautuneille asiakkaille tiedotettiin, että heillä oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä tahansa vaiheessa tiedonkeruuprosessia syytä ilmoittamatta. Päätös keskeyttämisestä ei vaikuttanut asiakkaan saaman hoidon, palvelun tai kuntoutuksen sisältöön.

Aineiston keruu, tallennus, säilyttäminen ja hävittäminen toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen (www.tenk.fi). Anonymiteetin säilyminen varmistettiin koko tutkimuksen ajan siten, että tutkijat eivät tienneet tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä. Kuntia ohjeistettiin tallentamaan Excel-tiedosto tiedonkeruun ajaksi kunnan omaan, jaettuun työtilaan, jonne oli rajattu käyttöoikeus. Kuntouttavan arviointijakson toteutusvaiheessa käytössä oli manuaalisesti täytettävä sisältö- ja toteutuslomake jakson ajalle suunnitelluista ja toteutuneista kuntoutusinterventioista. Lomaketta säilytettiin jakson ajan asiakkaan kotona ja hänen luvallaan se oli nähtävillä kuntoutusjakson ajan tai siten kuin hän oli määritellyt. Jakson päättyessä tunnistekoodilla varustettu lomake lähetettiin tai skannattiin tutkijoille ja paperinen lomake hävitettiin. Kaikki asiakaskohtaiset tunnistekoodit hävitettiin aineistonkeruun päätyttyä.

Tutkimuksen aikana Excel- ja SPSS-tiedostoihin oli pääsy ainoastaan tutkijoilla. Analyysin aikana aineisto tallennettiin JAMK:in sähköiseen, suojattuun SharePoint-työtilaan, jota käyttivät ja käsittelivät vain tutkijat. Tulosten analyysin ja raportoinnin jälkeen aineisto siirrettiin arkistoitavaksi JAMK:in asianhallintaan (Tweb) sähköisesti ja niin ettei tiedon kohde ollut tunnistettavissa missään vaiheessa. Tiedonkeruusta täytettiin erillinen EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukainen tietosuojaseloste Jyväskylän kaupungin ohjeistuksen mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen oli asiakasohjaukseen yhteyttä ottaneille vapaaehtoista ja tutkimuksessa kerättiin vain tutkimustehtävien kannalta oleellisia tietoja. Tutkimus tehtiin noudattaen hyvää tieteellistä tutkimustapaa.

4.3 Tulokset

Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä, jotka etenevät asiakkaan polun mukaisesti alkaen yhteydenotosta asiakasohjaukseen (ks. taulukko 1.) Tutkimusaineisto muodostui määritellyn ajankohdan aikana tulleista yhteydenotoista Keski-Suomen kuntien (n=20) kotihoitoyksikköihin (n=16).

4.3.1 Ohjautuminen arviointijaksolle

Kotihoitoon yhteyttä ottaneiden ikääntyneiden taustatiedot

Aineisto koostui yhteensä 236 yhteydenotosta, jotka täyttivät sisäänottokriteerit (+65 vuotta), jotka eivät ko. hetkellä olleet kotihoidon asiakkaita. Keskimäärin yhteydenottoja tuli 12 kpl / kunta (vaihteluväli 0–43 / kunta). Kuntakohtaisten tulosten tarkastelu on luvussa 4.4.

Näistä yhteydenotoista 60 % koski naisia (n=142) ja 78 % yli 75-vuotiaita (n=184). Asiakkaiden keski-ikä oli 81,2 ($\pm 7,3$) vuotta (vaihteluväli 65–99 vuotta).

Ikääntyneistä 60 % asui yksin, 31 % puolison kanssa, 7 % lasten kanssa ja 2 % sukulaisten kanssa. Yksin asuneet ikääntyneet asuivat pääosin hissittömässä tai hissillisessä kerrostalossa, rivi-/paritaloissa sekä omakotitaloissa, kun taas puolison, lasten tai omaisten kanssa asuvat asuivat useimmiten omakotitalossa (taulukko 2).

Ainoastaan 19 ikääntyneellä (8 %) oli omaishoitaja. Heidän ja yksin asuvien ikääntyneiden taustamuuttujista sukupuoli ja ikäjakauma vastasivat koko aineiston jakaumia (sukupuoli; naisia omaishoitajista 63 % ja yksinasuvista 64 %, ikäjakauma: yli 75-vuotiaita omaishoitajista 74 % ja yksinasuvista 74 %).

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden ikääntyneiden asuminen (n).

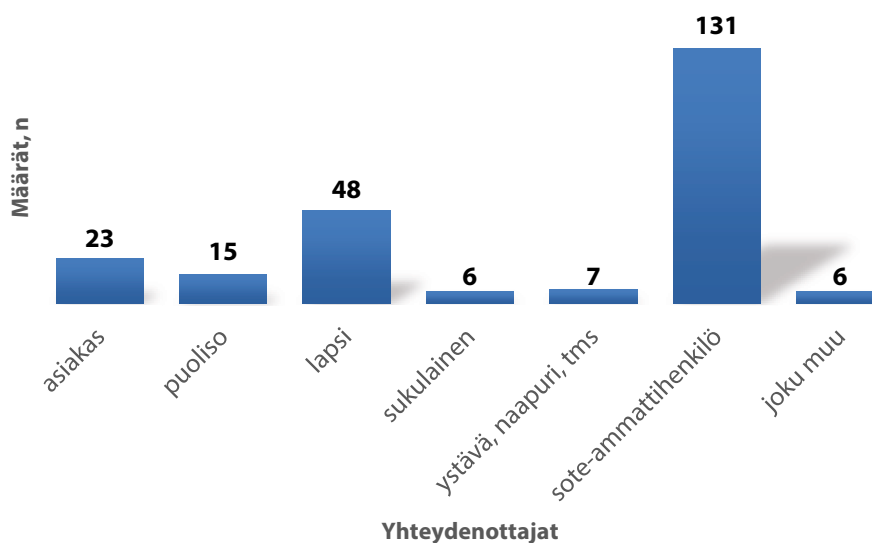
Asumismuoto	Asunto					Yhteensä (n)
	kerrostalo, hissi on	kerrostalo, ei hissiä	rivi-/paritalo	omakotitalo	yhteisasuminen ¹	
Yksin	46	24	30	37	2	139
Puolison kanssa	8	8	13	42	0	71
Lasten kanssa	0	0	0	14	0	14
Sukulaisten kanssa	1	0	0	3	0	4
Yhteensä	55	32	43	96	2	228

¹ Yhteisasuminen omakotitalossa

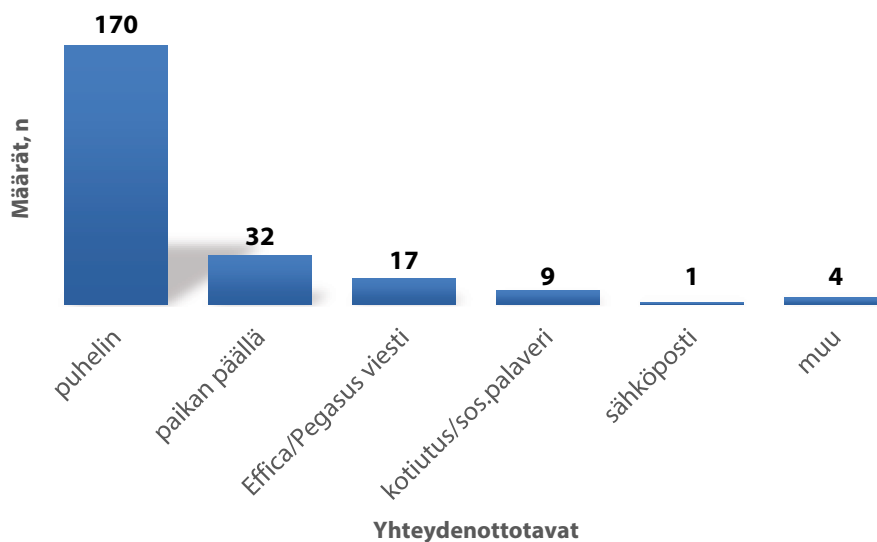
Yhteydenottotapa

Asiakasohjaukseen tulleista yhteydentotoista (n=236) yli puolet (56 %) tuli sote-ammattihenkilöiltä. Yhteydenotoista vain 10 % tapahtui ikääntyneen henkilön itsensä toimesta ja kolmasosa puolison, lapsen tai muun sukulaisen tekemänä. Yksittäisiä yhteydenottotahoja olivat Kela ja SPR:n ystäväpalvelu. (Kuvio 4)

Vastauksia eri yhteydenottotavoista saatiin lähes kaikista (n=233). Pääsääntöisesti yhteyttä otettiin puhelimitse (71 %). Muutoin yhteydenotot tapahtuivat paikan päällä, esimerkiksi palveluohjauksyksikössä (14 %), Efficca/Pegasos viestillä (7 %) tai kotiutus- ym. palavereissa (4 %). Yksittäistapauksissa yhteydenotto tapahtui kirjeellä/sähköpostilla tai henkilökohtaisella kontaktilla ("kaupan käytävällä" / "asiakkaan ovelta huusi"). (Kuvio 5)

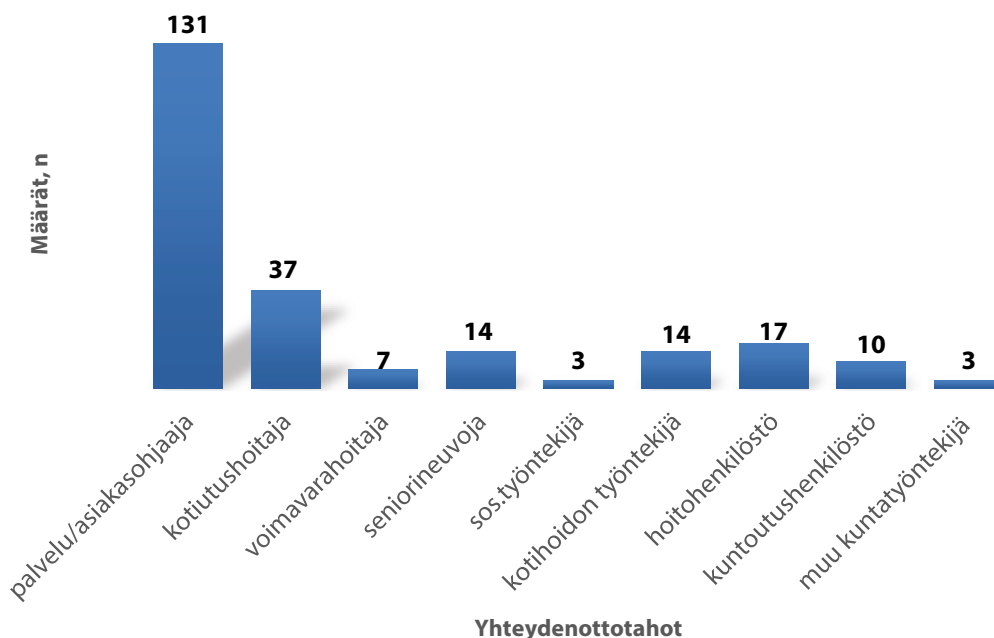


Kuvio 4. Yhteydenottajat (n=236).



Kuvio 5. Yhteydenottotavat (n=233).

Useimmiten yhteyttä otettiin palvelu- /asiakasohjaajaan (56 %), mutta muuten yhteydenottotahoissa oli kirjavuutta riippuen kuntien organisaatiosta ja henkilöstörakenteesta (kuvio 6).



Hoitohenkilöstö: sh tai lääkäri

Kuntoutushenkilöstö: fysioterapeutti, kuntosaliohjaaja, kuntoutushoitaja

Muu kuntatyöntekijä: vanhuspalvelunjohtaja, toimistos sihteeri

Kuvio 6. Yhteydenottotahot (n=236).

Yhteydenoton syyt

Yhteydenottoon johtaneet syyt oli kirjattu 234 yhteyttä ottaneen kohdalla (99 %), mutta tietojen tarkkuus vaihteli. Yhteydenoton syyt luokiteltiin uudelleen isompiin kokonaisuksiin huomioiden alkuperäisen muuttujan luokittelu (arkisuoriutuminen vaikeutunut, sairaus/loukkaantuminen, yksittäinen toimenpide, yksinäisyys, apuvälineet/kodinmuutos-työt, lääkitys) ja vapaasti kirjoitettu yhteydenoton syy. Ympäristöön liittyvät syyt jaoteltiin ICF-luokituksen mukaisesti tukeen ja keskinäisiin suhteisiin (pääluokka e3) ja tuotteisiin ja teknologiaan (pääluokka e1). Ajoittain yhteydenottosyytä näytti olleen haasteellista eritellä ja kirjata, jolloin syyksi oli kirjattu yleisesti ”palvelutarpeen arviointi” tai ”kuntoutustarve”.

Yleisin yhteydenoton syy oli huoli arjessa selviytymisestä (29 %), minkä toivat esille kaikki yhteyttä ottaneet tahot (taulukko 3). Lisäksi osa vastanneista oli selkeästi eritellyt, että yhteyttä oli otettu muistiongelman (8 %) tai liikkumisen vaikeuden vuoksi (6 %). Yhteydenottojen määrään suhteutettuna muistiongelmiin liittyneet yhteydenotot tulivat useimmiten ikääntyneen ystävältä tai naapurilta, lapselta tai muulta taholta, kun taas liikkumiseen liittyvistä vaikeuksista useimmiten otti yhteyttä sote-ammattilaiset. Yhteydenottoja tuli myös yksittäisestä hoitotoimenpiteestä (13 %) erityisesti ikääntyneeltä itseltään ja kotiympäristön tuotteisiin ja teknologiaan liittyen (6 %) puolisolta.

Ikääntyneen henkilön itsensä ottaessa yhteyttä yleisimmät syyt olivat sairaus/vamma ja sen aiheuttama toimintakyvyn lasku (26 %), huoli arjessa selviytymisestä (26 %) ja yksittäinen hoitotoimenpide (22 %). Jos yhteydenottajana oli puoliso, lapsi tai muu sukulainen, niin selkeästi yleisin syy oli huoli arjessa selviytymisestä (37 %) ja kotiympäristön tukeen tai suhteisiin liittyneet asiat (15 %). Sote-ammattilaisten yhteydenotoista noin neljäsosa johtui huolesta arjessa selviytymisestä ja neljäsosa sairaudesta/vammasta ja sen aiheuttamasta toimintakyvyn laskusta. Varsin usein sote-ammattilaisen yhteydenoton syyksi oli kirjattu myös yksittäinen hoitotoimenpide. (Taulukko 3)

Taulukko 3. Yhteydenoton syyt yhteydenottajan mukaan jaoteltuna (n).

Yhteydenoton syy ¹	Kuka otti yhteyttä							Yhteensä (n)
	ikäntynyt	puoliso	lapsi	sukulainen	ystävä, naapuri, tms.	sote- ammatti- henkilö	joku muu	
Kotiympäristö (e3 tuki ja suhteet ²)	0	2	7	1	0	6	1	17
Kotiympäristö (e1 tuotteet ja teknologia ²)	2	4	1	0	1	7	0	15
Sairaus/vamma (hc ²) ja sen aiheuttama toimintakyvyn lasku	6	3	4	0	2	30	0	44
Muistiongelma	0	1	5	0	2	10	1	19
Liikkumisen vaikeus	3	0	1	1	0	7	1	13
Huoli arjessa selviytymisestä	6	1	20	4	1	34	3	69
Yksittäinen hoitotoimenpide	5	2	5	0	1	127	0	30
Jatkot osastolta kotiutumisen jälkeen	1	1	1	0	0	14	0	17
Palvelutarpeen arviointi	0	0	3	0	1	5	0	9
Kuntoutustarve	0	1	0	0	0	0	0	1
Yhteensä	23	15	47	6	7	130	6	234

¹ Yhteydenotot on uudelleen luokiteltu.

² e3, e3 ja hc; ICF-pääluokat (e=ympäristötekijät, hc= health condition, terveydentila)

Asiakasohjauksen johtopäätökset yhteydenoton jälkeen

Asiakasohjausvaiheessa kuntouttava arviointijakso -toimintamallin mukainen alkuarviointi päätettiin tehdä 53 % (n=125) kaikista yhteyttä ottaneista ikääntyneistä (n=236). Toimintamallin mukaisesti tarkempi palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi tulee tehdä ennen säännöllisten kodinhoidon palvelujen myöntämistä (Janhunen ym. 2018a; Hakala 2018). Alkuarviointi on kuvattu tarkemmin luvussa 4.3.2.

Asiakasohjausvaiheessa 116 ikääntyneelle päädyttiin aloittamaan yksi tai useampi kiireellinen palvelu arjen sujumisen tukemiseksi. Heitä oli 49 % kaikista yhteyttä ottaneista (n=236) ja 54 % niistä, joille tieto kiireellisistä palveluista oli kirjattu (n=216). Kiireelliset palvelut jaoteltiin kotihoitoon, kotisairaanhoidon, kotihoidon tukipalveluun ja muuhun jaksoon (taulukko 4). Useimmiten aloitettu palvelu oli kotihoidon käynnin.

Taulukko 4. Asiakasohjausvaiheessa tehdyt päätökset kiireellisten palvelujen aloittamisesta ikääntyneillä, joilla tieto oli kirjattu (n=216); yksi tai useampi palvelu / asiakas (n, %).

Kiireellisen palvelun aloitus		Kiireellinen palvelu eriteltynä			
		Kotihoito	Kotisairaanhoido ¹	Kotihoidon tukipalvelu ²	Muu jakso ³
Kyllä	116 (54 %)	60 (28 %)	15 (7 %)	39 (18 %)	28 (13 %)
Ei	110 (46 %)	155 (72 %)	199 (93 %)	175 (82 %)	186 (87 %)
Yhteensä	216 (100 %)	215 (100 %)	214 (100 %)	214 (100 %)	214 (100 %)

¹ laboratoriotokkeet, haavanhoito, lääkitys, sairaanhoitajan seuranta

² ateriapalvelu, turvapuuhelin, tms.

³ tehostettu kotikuntoutus, voimavarajakso tai kuntoutustyöntekijän käynnit

Kaikkiaan 57 prosentille asiakkaista aloitettiin kiireelliset palvelut ilman, että heille ei kuitenkaan katsottu syystä tai toisesta tarpeelliseksi tehdä kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia. Vaikka kiireelliset palvelut aloitettiin 116 henkilölle, niin puuttuvien tietojen takia ristiintaulukoinnin tieto on vain 111 henkilöstä (taulukko 5).

Taulukko 5. Päätös kuntouttavan arviointijakson alkuarviointien tekemisestä (kyllä/ei) suhteessa kiireellisten palvelujen aloittamiseen (kyllä/ei), n (%).

Päätös tehdä kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi	Päätös kiireellisten palvelujen aloittaminen		Yhteensä
	Kyllä	Ei	
Kyllä	58 (50 %)	58 (50 %)	116 (100 %)
Ei	53 (57 %)	40 (43 %)	97 (100 %)
Yhteensä	111 (53 %)	98 (47 %)	209 (100 %)

Kiireellisistä palveluista tarkasteltiin tarkemmin aloitettuja kotihoidon palveluja. Osa vastaajista oli kirjoittanut, että "säännöllinen kotihoito" tai "määräaikainen kotihoito" ilman konkreettisia tietoja toteutuksesta. Sen sijaan osa vastaajista oli ilmoittanut tarkemmat kotihoidon määrät, jotka vaihtelivat kerran viikosta kolmeen kertaan päivässä. Kotihoito oli aloitettu 59 ikääntyneelle huomioiden kaikki ilmaistut kuvaukset kotihoidon aloittamisesta. Uusissa kotihoitoon yhteyttä ottaneissa oli 23 ikääntynyttä, joille aloitettiin kotihoito ilman, että harkittiin kuntouttavaa arviointijaksoa tai sen alkuarviointia. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Päätös tehdä kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi (kyllä/ei) suhteessa kotihoidon aloittamiseen (kyllä/ei), n (%).

Päätös tehdä kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi	Päätös kotihoidon aloittamisesta		Yhteensä
	Kyllä	Ei	
Kyllä	36 (32 %)	77 (68 %)	113 (100 %)
Ei	23 (24 %)	71 (76 %)	94 (100 %)
Yhteensä	59 (29 %)	148 (71 %)	207 (100 %)

Sekä kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi että kiireellinen kotihoito päätettiin aloittaa hieman useammin naisille kuin miehille (taulukko 7). Alkuarviointipäätöksen (kyllä/ei) tai kiireellisen kotihoidon päätöksen (kyllä/ei) saaneissa ei ollut eroja iän, asumismuodon tai omaishoitajan suhteen. Selkeitä eroja ei myöskään ollut verrattaessa kuntouttavan arviointijakson alkuarviointipäätöksen saaneita (n=116) kiireellisen kotihoidon päätöksen saaneisiin (n=60). Taustatietojen osalta ne 23 ikääntynyttä, joille aloitettiin kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia, eivät myöskään olennaisesti poikenneet edellisistä ryhmistä.

Taulukko 7. Uusia yhteydenottajia koskeneiden taustatiedot kuntouttavan arviointijakson alkuarvioinnin päätöksen (kyllä/ei) ja kiireellisen kotihoidon päätöksen (kyllä/ei) mukaan sekä niillä, joille aloitettiin kiireellinen kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia, n, (%), iän keskiarvo ± keskihajonta (vaihteluväli).

Päätökset Taustatiedot	Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi		Kotihoito kiireellisenä palveluna		Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi ei - kotihoito kyllä (n=23)
	kyllä (n=116)	ei (n=97)	kyllä (n=60)	ei (n=155)	
Sukupuoli					
nainen	84 (67 %)	49 (50 %)	40 (67 %)	86 (55 %)	14 (61 %)
mies	41 (33 %)	49 (50 %)	20 (33 %)	69 (45 %)	9 (39 %)
Ikäluokka					
65–75 vuotta	25 (20 %)	22 (22 %)	17 (28 %)	32 (21 %)	6 (26 %)
yli 75 vuotta	100 (80 %)	76 (78 %)	43 (72 %)	123 (79 %)	17 (74 %)
Ikä (ka±kh) vuotta (vaihteluväli)	81,4 ± 8,2 (65–95)	81,1 ± 6,8 (65–99)	80,0 ± 8,1 (65–95)	81,6 ± 7,1 (65–99)	80,8 ± 9,5 (65–93)
Asumismuoto					
yksin	78 (62 %)	56 (57 %)	35 (59 %)	93 (60 %)	14 (61 %)
puolison kanssa	39 (31 %)	31 (32 %)	18 (31 %)	51 (33 %)	6 (26 %)
lasten kanssa	7 (6 %)	9 (9 %)	5 (9 %)	8 (5 %)	2 (9 %)
sukulaisten kanssa	1 (1 %)	2 (2 %)	1 (2 %)	3 (2 %)	1 (4 %)
Asunto					
kerrostalo, hissi on	31 (25 %)	20 (21 %)	11 (18 %)	41 (27 %)	4 (17 %)
kerrostalo, ei hissiä	22 (18 %)	8 (8 %)	7 (12 %)	21 (14 %)	2 (9 %)
rivi-/paritalo	25 (21 %)	17 (18 %)	17 (28 %)	23 (15 %)	6 (26 %)
omakotitalo	44 (36 %)	50 (52 %)	25 (42 %)	65 (43 %)	11 (48 %)
yhteisasuminen	0 (0 %)	2 (2 %)	0 (0 %)	2 (1 %)	0 (0 %)
Omaishoitaja					
kyllä	12 (10 %)	7 (7 %)	6 (10 %)	11 (7 %)	2 (9 %)
ei	108 (90 %)	90 (93 %)	54 (90 %)	141 (83 %)	21 (91 %)

Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi aloitettiin suhteessa harvemmin palvelu/asiasohjaukseen yhteyttä ottaneille ja useammin kotiutushoitajaan yhteyttä ottaneille. Alkuarviointi aloitettiin hieman useammin, jos yhteydenottaja oli sote-ammattihenkilö tai jos yhteydenotto oli tapahtunut ikääntyneen tai hänen läheisensä toimesta paikan päällä.

Sen sijaan eroja ei ollut kiireellisenä aloitetun kotihoiton päätöksissä. Kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson harkintaa aloitettiin tyypillisimmin palvelu- /asiakasohjaukseen yhteyttä ottaneille, joissa yhteyttä oli ottanut joku muu kuin sote-ammattihenkilö ja yhteydenottotapana oli ollut puhelin. (Taulukko 8)

Taulukko 8. Uudet yhteydenotot kuntouttavan arviointijakson alkuarvioinnin päätöksen (kyllä/ei) ja kiireellisen kotihoiton päätöksen (kyllä/ei) mukaan jaoteltuna sekä niillä, joille aloitettiin kiireellinen kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia, n (%).

Päätökset	Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi		Kotihoito kiireellisenä palveluna		Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia ei - kotihoito kyllä (n=23)
	kyllä (n=116)	ei (n=97)	kyllä (n=60)	ei (n=155)	
Yhteydenotot					
Yhteydenottotaho					
palvelu-/asiakasohjaaja	59 (47 %)	68 (69 %)	37 (62 %)	82 (53 %)	16 (70 %)
kotiutushoitaja	27 (22 %)	3 (3 %)	9 (15 %)	24 (16 %)	0 (0 %)
voimavaroitaja	4 (3 %)	3 (3 %)	1 (2 %)	5 (3 %)	0 (0 %)
seniorineuvoja	7 (6 %)	7 (7 %)	2 (3 %)	11 (7 %)	1 (4 %)
sosiaalityöntekijä	2 (2 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	3 (2 %)	0 (0 %)
kotihoidon työntekijä	5 (4 %)	9 (9 %)	4 (7 %)	8 (5 %)	3 (13 %)
hoitaja/lääkäri	9 (7 %)	6 (6 %)	6 (10 %)	11 (7 %)	3 (13 %)
kuntoutushenkilö	9 (7 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	9 (6 %)	0 (0 %)
muu	3 (2 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	2 (1 %)	0 (0 %)
Kuka otti yhteyttä					
asiakas	10 (8 %)	10 (10 %)	5 (8 %)	15 (10 %)	2 (9 %)
puoliso	7 (6 %)	7 (7 %)	4 (7 %)	10 (7 %)	1 (4 %)
lapsi	22 (18 %)	23 (24 %)	14 (23 %)	28 (18 %)	7 (30 %)
sukulainen	3 (2 %)	3 (3 %)	2 (3 %)	4 (3 %)	0 (0 %)
ystävä/naapuri	1 (1 %)	6 (6 %)	2 (3 %)	5 (3 %)	2 (9 %)
sote-ammattihenkilö	77 (62 %)	48 (49 %)	32 (53 %)	88 (57 %)	11 (45 %)
joku muu	5 (4 %)	1 (1 %)	1 (2 %)	5 (3 %)	0 (0 %)
Yhteydenottotapa					
puhelin	79 (64 %)	80 (83 %)	42 (72 %)	113 (73 %)	18 (78 %)
paikan päällä	26 (21 %)	4 (4 %)	5 (9 %)	21 (14 %)	2 (9 %)
Effica/Pegasos	7 (6 %)	10 (10 %)	6 (10 %)	11 (7 %)	1 (4 %)
kotiutuspalaveri	8 (7 %)	1 (1 %)	3 (5 %)	6 (4 %)	1 (4 %)
sähköposti/muu	3 (2 %)	2 (2 %)	2 (3 %)	3 (2 %)	1 (4 %)

Yhteydenoton syissä ei ollut eroja kuntouttavan arviointijakson alkuarviointipäätöksen eikä kiireellisen kotihoiton päätöksen suhteen. Kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson harkintaa oli aloitettu tyypillisesti silloin, kun yhteyttä oli otettu yksittäisen hoitotoimenpiteen takia tai jatkoista osastolta kotiutumisen jälkeen. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Uusien yhteydenottojen syyt kuntouttavan arviointijakson alkuarvioinnin päätöksen (kyllä/ei) ja kiireellisen kotihoiton päätöksen (kyllä/(ei) mukaan jaoteltuna sekä niillä, joille aloitettiin kiireellinen kotihoito ilman kuntouttavan arviointijakson alkuarviointia, n (%).

Yhteydenoton syyt	Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi		Kotihoito kiireellisenä palveluna		Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointi ei - kotihoito kyllä (n=23)
	kyllä (n=116)	ei (n=97)	kyllä (n=60)	ei (n=155)	
Kotiympäristö (e3 tuki ja suhteet ¹)	7 (6 %)	10 (10 %)	5 (9 %)	10 (7 %)	0 (0 %)
Kotiympäristö (e1 tuotteet ja teknologia ¹)	7 (6 %)	6 (6 %)	1 (2 %)	14 (9 %)	4 (17 %)
Sairaus/vamma (hc ¹) ja sen aiheuttama toimintakyvyn lasku	30 (24 %)	13 (13 %)	15 (25 %)	25 (16 %)	3 (13 %)
Muistiongelman	9 (7 %)	10 (10 %)	4 (7 %)	13 (8 %)	0 (0 %)
Liikkumisen vaikeudet	9 (7 %)	4 (4 %)	2 (4 %)	8 (5 %)	0 (0 %)
Huoli arjessa selviytymisestä	42 (34 %)	26 (27 %)	15 (25 %)	49 (32 %)	4 (17 %)
Yksittäinen hoitotoimenpide	10 (8 %)	13 (13 %)	9 (15 %)	20 (13 %)	6 (26 %)
Jatkot osastolta kotiutumisen jälkeen	7 (6 %)	9 (9 %)	7 (12 %)	9 (6 %)	5 (22 %)
Palvelutarpeen arviointi	2 (2 %)	6 (6 %)	1 (2 %)	6 (4 %)	1 (4 %)
Kuntoutustarve	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)

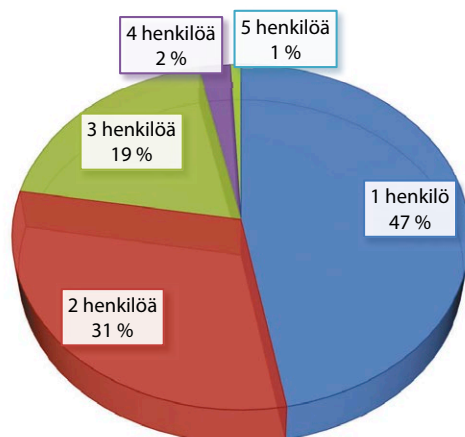
¹e3, e3 ja hc; ICF-pääloukat (e=ympäristötekijät, hc= health condition, terveydentila)

4.3.2 Arviointi- ja käynnistymisvaihe

Alkuarvioinnin toteutus ja moniammatillisuus

Kuntouttava arviointijakso -toimintamallin mukaisesti jakson alkamista tulee edeltää moniammatillinen alkuarviointi tavoitteiden ja toteutuksen suunnittelemiseksi (Janhunen ym. 2018, 49–54). Alkuarviointi päätettiin tehdä 125 ikääntyneelle, joiden alkuarviointiin osallistuneita sote-ammattihenkilöitä oli kirjattu 121 ikääntyneen kohdalle (97 %). Noin puolet arvioinneista (n=64) oli moniammatillisia, jolloin arviointiin osallistui useampi kuin yksi ammattihenkilö. Kolmasosa moniammatillisen arvioinnin toteutuksesta tapahtui kahden ammattihenkilön toimesta ja enimmillään siihen osallistui viisi henkilöä (kuvio 7).

Kuvio 7. Kuntouttavien arviointijaksojen moniammatillisiin alkuarviointeihin (n=121) osallistuneiden henkilöiden määrä (n, %).



Puolet moniammatillisista arvioinneista toteutettiin erillisinä käynteinä (n=32), reilu kolmasosa yhteiskäyntinä asiakkaan luona (n=24) ja vajaa 10 % yhteydenpitoa puhelimitse (n=5) (taulukko 10). Alkuarviointiin osallistui seuraavia ammattihenkilöitä: asiakas/palveluohjaaja (n=75), sairaanhoitaja (n=43), fysioterapeutti (n=42), lähihoitaja (n=26), muis-tikoordinaattori tai -hoitaja (n=10), toimintaterapeutti (n=9), voimavarahoitaja (n=5), kuntoutushoitaja (n=3), sosiaalityöntekijä (n=2), päihdetyöntekijä (n=2) ja jalkojenhoitaja (n=1).

Taulukko 10. Alkuarvioinnin toteutus suhteessa ammattihenkilöiden lukumäärään, n.

Arvioinnin toteutustapa	Sote-ammattihenkilöiden lukumäärä					Yhteensä
	1	2	3	4	5	
Ei moniammatillista arviointia	59	0	0	0	0	59
Erilliset käynnit	0	14	16	2	0	32
Yhteiskäynti asiakkaan luona	0	17	6	0	1	24
Yhteydenpito puhelimitse	0	4	1	0	0	5
Yhteensä	59	35	23	2	1	120

Alkuarvioinnin sisältö

Suoritetuille 125 alkuarviointiin osallistuneelle toteutettiin ohjausta 99 ikääntyneelle (42 %), lääkityksen tarkistusta 81 ikääntyneelle (34 %) ja apuvälinetilanteen kartoitusta 78 ikääntyneelle (33 %). Kotikäynti toteutettiin 90 ikääntyneen kohdalla (38 %).

Asiakaslähtöinen alkuarviointi

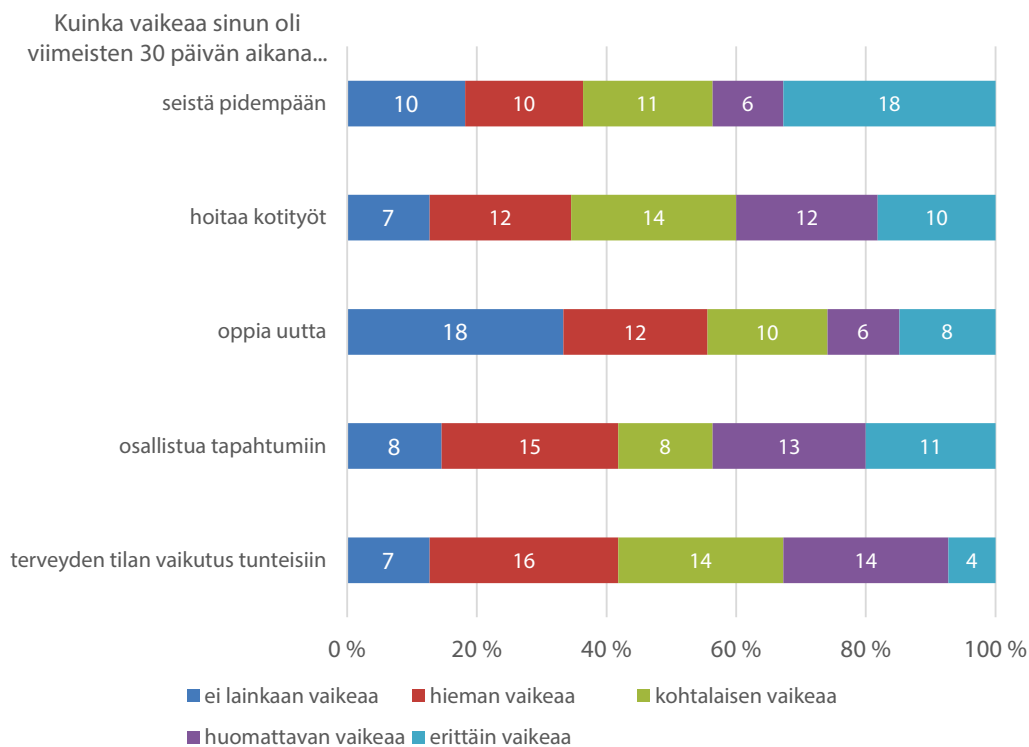
Kukoistava kotihoito -hankkeessa ikääntyneen itsensä kokemia arkisuoriutumisen haasteita ohjattiin kartoittamaan WHODAS 2.0 -arviointimenetelmällä (Janhunen ym. 2018, 51). Tiedonkeruussa käytettiin viittä WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymystä (Paltamaa 2014, 115). Tiedot oli kerätty 55 ikääntyneen (44 %) kohdalla. Lähes aina (85 %) vastaaja oli ollut ikääntynyt itse, mutta kahdeksan vastaajan kohdalla oli käytetty läheisen tekemää arviota. Useimmiten ydinkysymykset oli tehty palvelu-/asiakasohjaajan (n=17), fysioterapeutin (n=14) tai kotiutushoitajan (n=10) toimesta (taulukko 11).

Taulukko 11. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymysten tekijät (n, %).

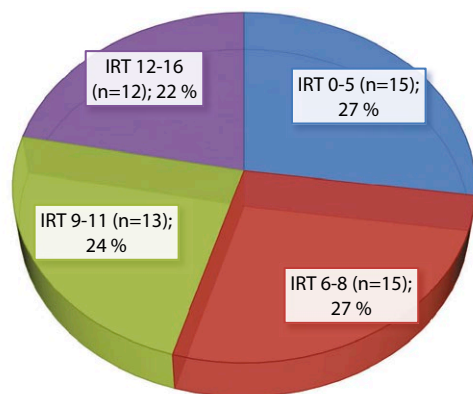
Arvioinnin tekijä	Lukumäärä (n=52)	Prosenttia
Palvelu/asiakasohjaaja	17	32 %
Voimavaraohitaja	1	2 %
Seniorineuvoja	3	6 %
Kotiutushoitaja	10	19 %
Sairaanhoidaja	1	2 %
Lähihoitaja	2	4 %
Sosiaalityöntekijä	3	6 %
Fysioterapeutti	14	27 %
Toimintaterapeutti	1	2 %
Yhteensä	52	100 %

Eniten vaikeuksia (kohtalaisen-huomattavan-erittäin paljon) ikääntyneet kokivat olevan kotitöiden hoitamisessa ja vähiten uuden oppimisessa (kuvio 8). Ydinkysymysten IRT (Item Response Theory) -pisteiden keskiarvo (keskihajonta) oli 8,1 (3,7) pistettä vaihdellen 0–15 pisteen välillä (min 0 pistettä = ei toimintarajoitetta – maks 16 pistettä = suurin mahdollinen toimintarajoite). Ainostaan yksi ikääntyneistä ei kokenut mitään toimintarajoitteita, 15 ikääntyneellä oli lieviä toimintarajoitteita (IRT-pisteet 0–5) ja 12 ikääntyneellä huomattavia toimintarajoitteita (IRT-pisteet 12–16) (kuvio 9).

Kuvio 8. Ikääntyneiden (n=55) kokemat haasteet WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän viiden ydinkysymyksen perusteella. Osuudet vastausvaihtoehdoittain (n, %).



Kuvio 9. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymysten IRT-pisteiden jakauma (n, %).



WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymysten lisäksi 32 ikääntyneelle oli tehty WHODAS 2.0 -arvioinnin laajemmat versiot. Näistä 30 oli lyhyitä *12-kysymyksen versioita* joko asiakkaan haastatteluna (n=28), asiakkaan itse täyttämänä (n=1) tai läheisen täyttämänä (n=1). *36-kysymyksen versio* oli tehty kerran ikääntyneen haastatteluna ja kerran läheisen tekemänä arvioina. IRT-pisteet oli laskettu vain 13 ikääntyneelle keskiarvon ollessa 25 ± 19 pistettä (vaihteluväli 6–67). Tuloksissa 0 pistettä kuvaa täyttä toimintakykyä ja 100

pistettä täyttä toimintarajoitetta. Viidellä ikääntyneellä (38 %) IRT-pisteet olivat väestönormin (Paltamaa 2014) huonoimman 10 % tasolla ja kahdeksalla (62 %) samalla tasolla kuin 90 % väestöstä.

Muu toimintakyvyn arviointi

Alkuarviointiin osallistuneista 125 ikääntyneestä 34 % (n=42) oli tehty joku ammattilaisen tekemä toimintakyvyn arviointi. Useimmiten käytettiin yhtä (n=18) tai kahta (n=14) arviointimenetelmää ikääntyneitä kohden. Seitsemän ikääntyneen kohdalla oli käytetty kolmea arviointimenetelmää, kahden kohdalla neljää ja yhden kohdalla viittä. Heille oli käytetty 14 erilaista arviointimenetelmää yhteensä 77 kertaa. Arviointimenetelmät painotettiin fyysisen arkisuoriutumisen tai fyysisten toimintaedellytysten arviointiin. Aiemmin mainitun WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän lisäksi käytössä ei ollut muita itsearviointiin perustuvia asiakaslähtöisiä suoritusarviointimenetelmiä. (Taulukko 12).

Taulukko 12. Kuntouttavien arviointijaksojen alkuarvioinneissa käytetyt arviointimenetelmät, (n, %).

Arviointimenetelmä	Määrät	Arviointimenetelmien lukumäärä (n)	Osuus arviointimenetelmistä (%)
Palvelutarpeen arviointi			
Voimavarakartoitus		9	12 %
RAVA-mittari ¹		4	5 %
FIM ²		1	1 %
Arkisuoriutumisen arviointi			
IADL-asteikko ¹		7	9 %
PADL ¹		6	8 %
Fyysisen suorituskvyn arviointi			
SPPB ¹		19	25 %
EMS ¹		3	4 %
TUG ¹		1	1 %
Yhdellä jalalla seisominen		1	1 %
10 m kävely ¹		1	1 %
Tuoliilta ylösnousutesti (5x) ¹		1	1 %
Toimintaedellytysten arviointi (fyys & psyyk)			
Puristusvoima		12	16 %
MMSE ¹		8	11 %
Kipu VAS-janalla		3	4 %
GDS-15		1	1 %
Yhteensä		77	100 %

¹TOIMIA-tietokanta (EMS, Elderly Mobility Scale; GDS-15, Myöhäisiän depressioseula; MMSE, Mini Mental State -asteikko; PADL, Katzin indeksi; RAVA-mittari; SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskvyn testistö; TUG, Timed "Up & Go" -testi)

²FIM, Functional Independence Measure

Alkuarvioinnin yhteys kuntouttavan arviointijakson alkamiseen

Alkuarvointiin osallistuneista (n=116) kuntouttava arviointijakso aloitettiin 39 ikääntyneelle (35 %). Moniammatillisella alkuarvioinnilla ja sen toteuttamistavalla oli yhteys kuntouttavan arviointijakson aloittamiseen. Mitä useampi ammattihenkilö osallistui alkuarvointiin, niin sitä useammin aloitettiin kuntouttava arviointijakso (χ^2 -testi, $p<0,05$). Jos arviointi ei ollut moniammatillinen, niin kuntouttava arviointijakso aloitettiin 15 % ikääntyneistä. Vastaavasti kuntouttava arviointijakso aloitettiin 48 % jos alkuarvointiin osallistui kaksi ammattilaista; 41 % jos alkuarvointiin osallistui kolme ammattilaista; 68 % jos alkuarvointiin osallistui neljä ammattilaista ja kaikilla niillä joilla alkuarvointiin osallistui viisi ammattilaista. Myös moniammatillisen arvioinnin toteutustavalla (taulukko 13) oli yhteys kuntouttavan arviointijakson aloittamiseen (χ^2 -testi, $p<0,01$).

Taulukko 13. Moniammatillisen alkuarvioinnin toteutustapa suhteessa kuntouttavan arviointijakson aloittamiseen (n, %).

Arvioinnin toteutustapa	Päätös		Kuntouttava arviointijakso alkaa		Yhteensä (n=101)
			kyllä (n=32)		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Ei moniammatillista arviointia (n=42)	6	14,3%	36	85,7 %	42 (100 %)
Erilliset käynnit (n=31)	13	41,9 %	18	58,1 %	31 (100 %)
Yhteiskäynti asiakkaan luona (n=23)	10	43,5 %	13	56,5 %	23 (100 %)
Yhteydenpito puhelimella (n=5)	3	60,0 %	2	40,0 %	5 (100 %)

Asiakaslähtöisellä arvioinnilla (WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymysten IRT-pisteet) ei ollut yhteyttä tehtyihin päätöksiin kuntouttavan arviointijakson aloittamisesta. WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymyksiin vastanneista 15 ikääntyneen kohdalla aloitettiin kuntouttava arviointijakso (IRT-pisteiden keskiarvo $8,0\pm 3,1$, vaihteluväli 3–14) ja 23 kohdalla ei aloitettu (IRT-pisteiden keskiarvo $7,8\pm 4,0$, vaihteluväli 1–5) (t-testi, ns). Kaikkiaan 17 ikääntyneen kohdalla puuttui tieto kuntouttavan arviointijakson aloittamisesta (IRT-pisteiden keskiarvo $7,8\pm 3,8$, vaihteluväli 0–13). Jos 12- tai 36- kysymyksen WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän IRT-pisteet olivat alle 90 % väestönnormin, niin neljälle aloitettiin kuntouttava arviointijakso ja kolmelle ei aloitettu. Sen sijaan enemmän toimintarajoitteita omaaville (IRT-pisteet $\geq 90\%$ väestönnormista) neljälle aloitettiin kuntouttava arviointijakso ja yhdelle ei aloitettu.

Erilaisten toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttö oli kirjavaa, joten arviointimenetelmän yhteyttä kuntouttavan arviointijakson alkamiseen ei voitu tutkia. Ikääntynyttä kohti käytettyjen ammattilaisten tekemien toimintakyvyn arviointimenetelmien (ks. taulukko 12) lukumäärällä ei ollut yhteyttä kuntouttavan arviointijakson alkamiseen (χ^2 -testi, ns). Kuntouttava arviointijakso aloitettiin noin yhdellä kolmasosalla ikääntyneistä riippumatta käytettyjen arviointimenetelmien lukumäärästä.

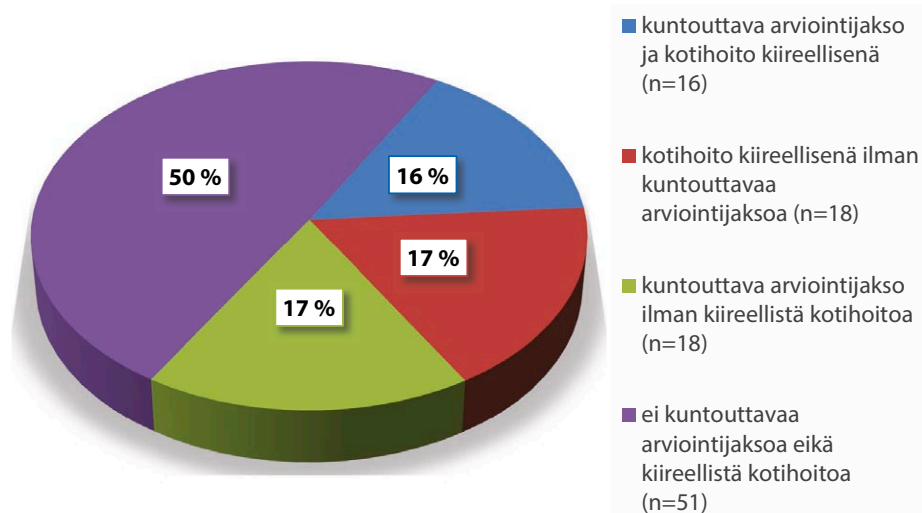
4.3.3 Tavoitteen asettamis- ja toteutusvaihe

Kuntouttavan arviointijakson alkaminen

Alkuarvioinnin jälkeen kuntouttavaa arviointijaksoa ei aloitettu 75 ikääntyneelle. Yksittäisen palvelun tarve oli yleisin syy (28 %) olla aloittamatta kuntouttavaa arviointijaksoa. Kaikkiaan 12 ikääntynyttä (16 %) ei halunnut aloittaa jaksoa ja yhden ikääntyneen (1 %) kohdalla kuntouttavaa arviointijaksoa ei aloitettu vähäisten henkilöstöresurssien vuoksi. Yhdeksän ikääntyneen (12 %) tilanne oli sellainen, että kuntouttava arviointijakso päätettiin siirtää myöhäisemmäksi sairauden akuuttivaiheen (esim. infektion), meneillään olevien tutkimusten tai tulossa olevan muuton takia. Neljän ikääntyneen (5 %) katsottiin tarvitsevan tehostettua kotikuntoutusta ja yhdeksän ikääntyneen (12 %) muuta kuntouttavaa toimintaa (ohjaus, päiväkeskus, vuoro hoito tai terveyskeskuksen fysioterapia). Lisäksi alkuarvioinnin perusteella oli päätelty, että kuudella ikääntyneellä (8 %) ei ollut kuntoutuspotentiaalia, kahdella (3 %) ei ollut tarvetta kuntouttavaan arviointijaksoon ja kahdella (3 %) ei ollut tarvetta kotihoitoon. Kuitenkin kolmelle ikääntyneelle (4 %) oli aloitettu säännöllinen kotihoito (4 %), yhdelle (1 %) tilapäinen kotihoito ja neljälle (5 %) omaishoidontuki, mutta heillä ei nähty olevan tarvetta kuntouttavalle arviointijaksolle.

Alkuarvioinnin jälkeen 51 ikääntyneen (50 %) kohdalla päädyttiin, että kuntouttavaa arviointijaksoa ei aloiteta eikä heille myöskään aloitettu kotihoitoa. Kuntouttava arviointijakso aloitettiin 39 ikääntyneelle. Noin puolelle heistä (n=16) aloitettiin myös kotihoito kiireellisenä. Yhtä monelle (n=18) aloitettiin kiireellinen kotihoito, mutta ei kuntouttavaa arviointijaksoa. (Kuvio 10)

Kuvio 10. Alkuarvioinnin perusteella tehdyt päätökset kuntouttavan arviointijakson aloittamisesta yhdistettynä kiireellisen kotihoidon aloittamiseen (n=103) (n, %).



Noin puolelle (n=20) kuntouttavan arviointijakson aloittaneista oli nimetty omahoitaja tai vastuuhenkilö jakson ajaksi. Useimmiten vastuuhenkilönä oli sairaanhoitaja (n=6), voimavarahoitaja (n=6) tai fysioterapeutti (n=6). Yksittäisissä tapauksissa vastuuhenkilö oli lähihoitaja tai muistihoitaja.

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteet

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteita oli kirjattu sekä aineistonkeruun Excel-tiedostoon että jakson aikana kotona kerättyihin asiakaskohtaisiin sisältö- ja toteutuslomakkeisiin. Excel-tiedostojen ja asiakaskohtaisten sisältö- ja toteutuslomakkeiden tiedot yhdistettiin ja luokiteltiin teemoittain. Yhden asiakkaan kohdalla tavoite oli asetettu GAS –menetelmää käyttäen, tätä ei erikseen huomioitu tuloksissa.

Kaikkiaan 70 % (n=27) arviointijakson aloittaneista asiakkaista oli kirjattu kuntouttavan arviointijakson tavoite, joista yleisin oli hoidollisen tavoitteen ja ikääntyneen arkitekemisen yhdistävä tavoite (taulukko 14). Koska kirjatut yksittäiset tavoitteet sisälsivät useita erillisiä osatavoitteita, ne eriteltiin, jonka jälkeen tavoitteita oli kaikkiaan 46 kappaletta. Näistä yleisin tavoite oli ilmaistu ikääntyneen tekemisenä (33 %), hoidollisena (22 %), fyysiseen tilanteeseen (17 %) tai ympäristöön liittyvänä (11 %) tavoitteena (kuvio 11).

Taulukko 14. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteet yhdistettynä aineistonkeruun Excel-tiedostosta sekä asiakaskohtaisista sisältö- ja toteutuslomakkeista (n, %).

	Lukumäärä (n=27)	Prosentit %
Yleinen toimintakyky ¹	3	11,1 %
Tekeminen ²	4	14,9 %
Tekeminen ² ja ympäristö ³	1	3,7 %
Hoidollinen ⁴	3	11,1 %
Hoidollinen ⁴ ja tekeminen ⁵	5	18,5 %
Hoidollinen ⁴ ja fyysinen ⁶	1	3,7 %
Fyysinen ⁶ ja yleinen toimintakyky ¹	1	3,7 %
Fyysinen ⁶ ja tekeminen ⁵	3	11,1 %
Fyysinen ⁶ ja ympäristö ³	2	7,4 %
Fyysinen ⁶ , sosiaalinen ⁷ , tekeminen ² ja ympäristö ³	1	3,7 %
Psyykinen ⁸	1	3,7 %
Psyykinen ⁸ ja ympäristö ³	1	3,7 %
Kognitiivinen ⁸ , hoidollinen ⁴ ja tekeminen ²	1	3,7 %
Yhteensä	27	100 %

¹ toimintakyvyn laskun pysäyttämisen, ilman kotihoidon palveluita selviäminen

² esimerkiksi kauppaa-asioista, pyykistä ja aamutoimista huolehtiminen, pihakeinuun tai marjametsälle pääseminen

³ ympäristötekijä mainittu, esimerkiksi ulkona, apuväline tai avustaja

⁴ esimerkiksi lääkehoito, kivun hoito ja avanteesta huolehtiminen

⁵ esimerkiksi dosetin käytön opettelu ja ruokapäiväkirja

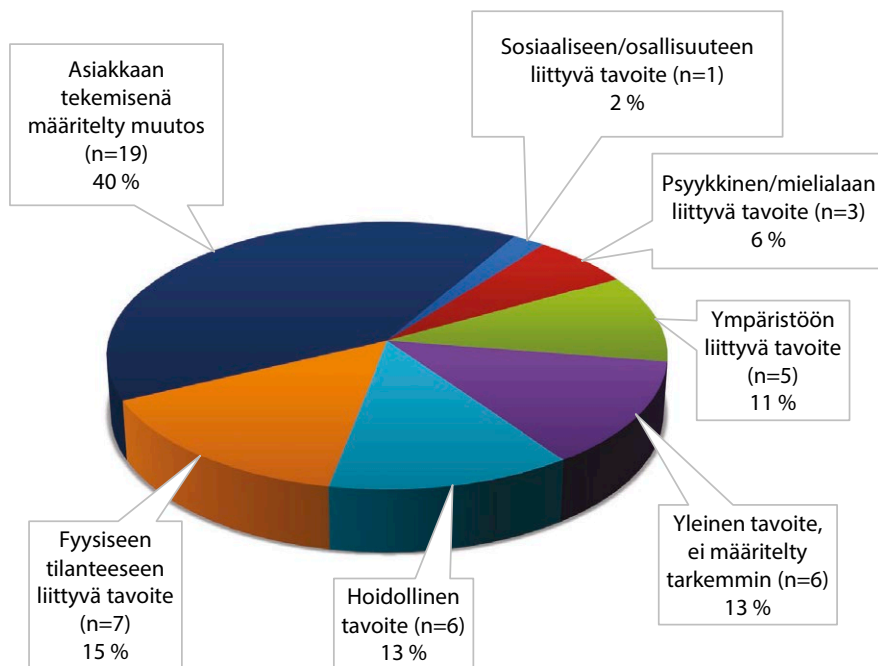
⁶ esimerkiksi käveleminen ja liikkuminen

⁷ sosiaalinen kanssakäyminen

⁸ esimerkiksi turvallisuuden tunteen kokeminen, iloisuus ja päihitteettömyys

⁹ muistin aleneman huomiointi

Kuvio 11. Asiakkaiden kuntoututtavien arviointijaksojen tavoitteet (n=46) yhdistettynä ja uudelleen luokiteltuna Excel-tiedostosta sekä sisältö- ja toteutuslomakkeista (n, %).



Kuntouttavan arviointijakson toteutus

Palautuneiden asiakaskohtaisten kuntouttavien arviointijaksojen sisältö- ja toteutuslomakkeiden avulla (liite 2) kartoitettiin, mitä kotikuntoutus on (menetelmät), miten se toteutuu (kuka, milloin ja missä) ja myös miten neljän viikon jakso etenee kuntoutus- ja kuntoutumisprosessina. Sisältö- ja toteutuslomakkeita palautui 18 kappaletta (46 % kuntouttavista arviointijaksoista). Lopulliseen analyysiin otettiin 15 asiakkaan lomakkeet, koska kolmen asiakkaan jakso keskeytyi heti alkuvaiheessa ja syynä oli joko asiakkaan sairaalaan joutuminen (n=2) tai jakson maksut, joita asiakas ei halunnut maksaa. Kaikkiaan saadut lomakkeet edustivat kuuden kotihoitoyksikön ja 10 kunnan kuntouttavien arviointijaksojen toteutuksia. Tuloksia tarkasteltaessa on myös huomioitava, että neljästä kunnasta saatiin vain yksi sisältö- ja toteutuslomake kustakin ja vastaavasti yhdestä kunnasta saatiin kuusi ja yhdestä kuntayhtymästä viisi lomaketta. Tulokset kuvaavat siten hyvin pientä osaa koko maakunnan kuntouttavien arviointijaksojen toteutuksesta.

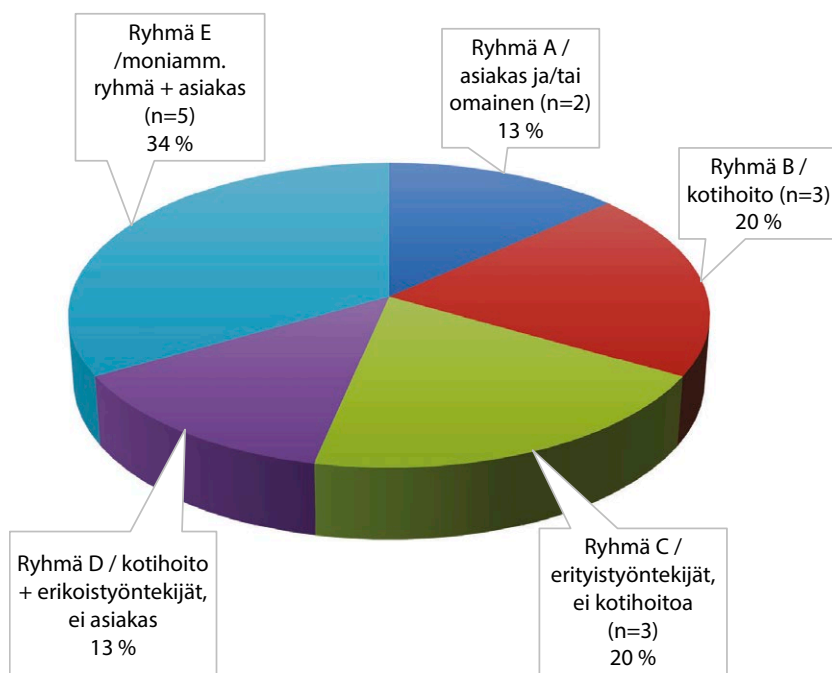
Saatu aineisto oli kuvaustasoltaan hyvin erilaista ja esimerkiksi vain yhdessä sisältö- ja toteutuslomakkeessa neljän viikon kuntouttavan arviointijakson tavoitteet oli kuvattu minä-muodossa (pystyn ajamaan autoa), mutta miten tähän tavoitteeseen päästiin, ei intervention toteutuksessa ollut kuvausta. Osa tavoitteista oli myös kirjattu niin, ettei siitä

voinut suoraan päätellä, oliko kyseessä kotihoidon tavoite vai asiakkaan tavoite (esim. ruokailun varmistaminen <läheisen> poissaolon ajan).

Kuntouttavien arviointijaksojen sisällöistä (kuka / mitä / miten / missä) saatiin kaiken kaikkiaan niukasti tietoja. Myös asiakkaan oman roolin kuvaus jäi vähäiseksi. Palautuneiden sisältö- ja toteutuslomakkeiden kuvausten pohjalta voitiin määritellä viisi erilaista kuntouttavan arviointijakson toteutustapaa (kuvio 12): A) vain asiakas ja läheinen aktiivisina toimijoina (n=2), B) vain kotihoidon käynnit (n=3), C) vain erityistyöntekijöiden käynnit, ei kotihoitoa (n=3), D) kotihoidon ja erityistyöntekijöiden koordinoitu yhteistyö ilman asiakkaan tai omaisten roolia (n=2) ja E) moniammatillinen työ, jossa asiakkaalla ja usein myös omaisella oli aktiivinen rooli (n=5).

Viiden asiakkaan (34 %) kohdalla toteutui moniammatillinen toimintakyvyn tukeminen, jossa asiakas, omaiset ja muut ulkopuoliset oli kuvattu hyvin (ryhmä E, kuvio 12). Näissä kirjauksissa oli kuvattu selkeästi asiakkaan oma rooli tehtävien kuten kotijumpan tekeminen tai ulkona liikkuminen, ravitsemuksen säännöllinen toteuttaminen, dosetin käytön opettelu. Ryhmässä D myös kotihoidon toteuttamat tehtävät oli kuvattu siten, että ne tukivat selkeästi asiakkaan kuntoutumista ja toimivat hyvin kuntoutustyöntekijöiden tehtävien rinnalla (esimerkiksi ulkoilun uudelleen aloittaminen sairastumisen jälkeen).

Kuvio 12. Kuntouttavien arviointijaksojen toteutukseen osallistuneet tahot sisältö- ja toteutuslomakkeiden (n=15) pohjalta luokiteltuna (n, %).



Ryhmät A, B ja C (kuvio 12) sisälsivät vain muutamia yksittäisiä asiakkaita, joiden konkreettinen rooli ja myös työntekijöiden toimintakyvyn edistäminen tai tukeminen jäivät kuvaamatta kokonaan. Lomakkeissa saattoi lukea päivän ja työvuoron kohdalla vain ammattihenkilön nimi (aamuvuoro/kotihoito, päivävuoro/fysioterapeutti), mutta lomakkeessa ei ollut tarkempaa kuvausta kuntoutuksen sisällöstä, ajasta, paikasta, kestosta tai asiakkaan roolista. Erityistyöntekijöiden (fysio- tai toimintaterapeutti, muisti- tai voimavarahoitaja) roolit vaihtelivat kuntakohtaisesti ja taustalla näytti vaikuttaneen jo aikaisemmin ennen Kukoistava kotihoito -hankkeen alkamista eri kunnissa käytössä olleet työnjaolliset toimintatavat.

Lomakkeiden perusteella kuntouttavan arviointijakson toteutukseen osallistui yleensä 2-3 henkilöä (esimerkiksi kotihoito/fysioterapeutti, asiakas/toimintaterapeutti, asiakas/omaisen/kotihoito). Huomioitavaa oli kuitenkin se, että asiakkaan aktiivinen rooli jäi useista lomakkeista täysin kirjaamatta. Jakson 1.– 4. viikkojen sisällöt oli kuvattu myös niukasti, ja vain yksittäisistä lomakkeista saattoi päätellä, että asiakkaan tilanne oli edistynyt, kun esimerkiksi kotihoidon iltakäynti oli jäänyt pois. Lisäksi yksittäisissä tapauksissa asiakkaan läheisten rooli näkyi eri viikoilla eri tavoin heidän ollessaan vierailulla tai lomalla asiakkaan luona. Joidenkin yksittäisten asiakkaiden kohdalla kuntoutusjakson rinnalla toteutui myös päiväkeskustoiminta.

Osittain vähäisten kirjaamismerkintöjen vuoksi oli haastavaa analysoida kotikuntoutuksen toteutuksen konkreettisuutta, tavoitteellisuutta tai asiakaslähtöisyyttä. Tuloksia tuleekin tarkastella kriittisesti, vaikkakin ne antavat jonkinlaisia viitteitä arviointijaksojen toteutuksesta. Palautuneissa sisältö- ja toteutuslomakkeissa voi olla kirjaamisen puutteita, jolloin esimerkiksi asiakkaiden tai kotihoidon toimintatapa on tosiasiaa ollut paljon aktiivisempi kuin mitä lomakkeisiin oli merkattu.

4.3.4 Päättämis- ja seurantavaihe

Jakson jälkeen tehty loppuarviointi

Kuntouttavan arviointijakson jälkeen 39 jakson käyneelle ikääntyneelle tehtiin kuusi asiakaslähtöistä WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän (12 ydinkysymyksen) arviointia, joita puolet tehtiin haastatellen ja puolet asiakkaan itse täyttämänä. Heistä neljälle oli tehty WHODAS 2.0 -arviointi myös alkuarvioinnissa, mutta IRT-pisteet oli laskettu vain kahdelle. Niinpä arvioita koetuista toimintarajoitteiden muutoksista kuntouttavan arviointijakson aika ei voitu tehdä. Sama koskee myös ammattilaisten tekemiä toimintakyvyn arviointeja, joita kuntouttavan arviointijakson alkuarvioinnin yhteydessä tehtiin 77 (taulukko 12) ja jakson jälkeen vain kymmenen (SPPB n=3, 5x tuoilta ylösnousu n=2, puristusvoima n=2, MMSE n=2, kipu VAS-janalla n=1).

Kuntouttavan arviointijakson jälkeen tehty päätös jatkotoimenpiteistä

Kuntouttavien arviointijaksojen päättyessä kymmeneltä ikääntyneeltä puuttui tieto jakson jälkeen tehdystä päätöksestä. Niille, joille päätös oli kirjattu (n=29), yli puolelle (62 %) sen oli tehnyt yksi sote-ammattihenkilö ja kolmasosalla se oli tehty kahden sote-ammattihenkilön yhteistyönä. Sote-ammattihenkilöitä olivat fysioterapeutti (n=13), asiakasohjaaja/palveluvastaava (n=8), kotihoidon työntekijä (n=6), sairaanhoitaja/voimavarahoitaja (n=6) ja lähihoitaja (n=2). Kuusi ikääntynyttä osallistui myös itse päätöksen tekoon ja samoin kuusi läheistä (puoliso, sisarus, lapsi).

Kuntouttavan arviointijakson jälkeen 24 % (n=7) jatkoi kotona ilman palveluita, 10 % tukipalvelujen turvin (n=3) ja 7 % käyttäen yksityistä kotipalvelua (n=2). Kaikkiaan noin 41 % (n=12) jakson jälkeen jatkui pelkkä kotihoito tai kunnallinen kotihoito yhdistettynä tukipalveluihin, kotisairaanhoidon tai yksityiseen kotipalveluun. Kuntouttavan arviointijakson jälkeen kotihoidon käyntien määrät vaihtelivat kahdesta kerrasta päivässä yhteen kertaan viikossa. Lisäksi noin 17 % (n=5) tarvitsi kotisairaanhoidoa ilman muita palveluita. (Taulukko 15)

Taulukko 15. Kuntouttavan arviointijakson jälkeen tehdyt päätökset, n (%).

	Lukumäärä	Prosenttia	Yhteensä
Kotona ilman palveluita			7 (24,1 %)
Ei palveluita	4	13,8	
Saa apua/tukea läheiseltä tai 3. sektorilta	3	10,3	
Tukipalvelut	3	10,3	3 (10,3 %)
Kotihoito			12 (41,4 %)
Kotihoito	4	13,8	
Kotihoito ja tukipalvelut	5	17,2	
Kotihoito ja -sairaanhoidon	2	7,0	
Kotihoito ja kotipalvelut yksityiseltä	1	3,4	
Kotisairaanhoidon	5	17,2	5 (17,2 %)
Kotipalvelu yksityiseltä	2	7,0	2 (7,0 %)
Yhteensä	29	100	100 %

Seuranta

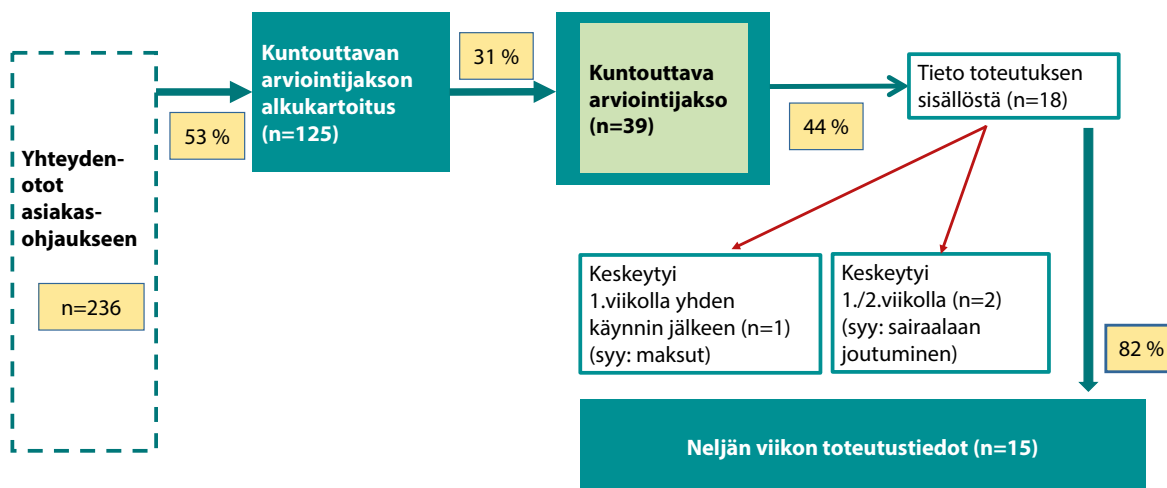
Päätös seurannasta oli kirjattu kuntouttavan arviointijakson jälkeen vain 20 ikääntyneelle (51 %). Heistä 65 % seuranta suunniteltiin kolmen kuukauden välein tapahtuvaksi ja 2 % kuuden kuukauden välein tapahtuvaksi. Muiden ikääntyneiden kohdalla oli yleinen

maininta, että asiakkaan seuranta tapahtuu kotihoidon, kotisairaanhoidon tai terveyskeskuksen fysioterapian toimesta.

Yhden ikääntyneen kohdalla oli maininta, että puoliso seuraa ja ottaa tarvittaessa yhteyttä. Loppujen 19 ikääntyneen kohdalla sote-ammattihenkilö nimettiin seurannasta vastaavaksi: kuusi kotihoidon työntekijää (32 %), kuusi fysioterapeuttia (32 %), kolme muistihoitajaa tai -koordinaattoria (16 %), kaksi kotisairaanhoidtajaa (10 %) ja kaksi asiakasohjaajaa (10 %).

4.4 Yhteenvedo kuntouttavan arviointijakson tuloksista ja kuntakohtaiset tiedot

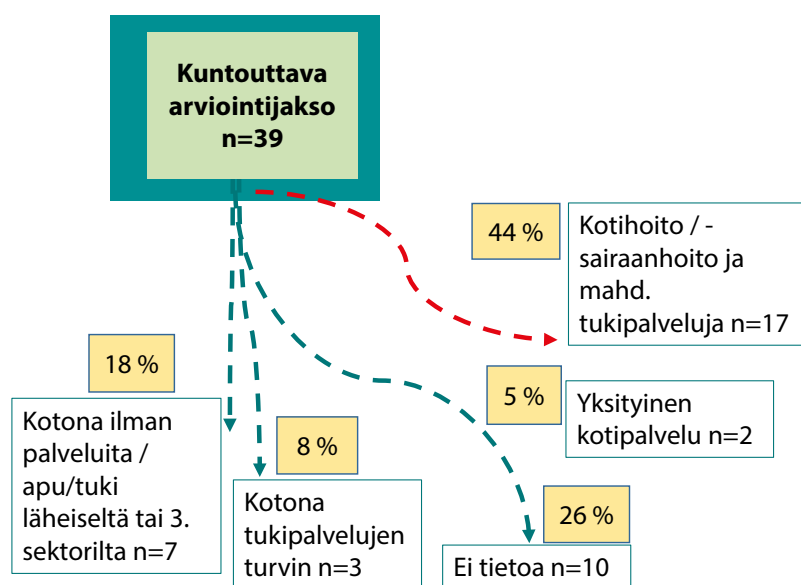
Yhteydenottoja ikääntyneistä, jotka eivät vielä olleet kotihoidon asiakkaita, tuli yhteensä 236 kappaletta tutkimuksen aineistonkeruun aikana huhti-toukokuussa 2018. Asiakkaiden ohjautumisesta saatiin hyvin tietoja, mutta kuntouttava arviointijakso -toimintamallin myöhemmissä vaiheissa puuttuvien tietojen määrä lisääntyi. Niinpä itse arviointijakson sisällöstä ja toteutuksesta saatiin vain 18 iäkkään tiedot, joista kolmen kohdalla jakso keskeytyi (kuvio 13).



Kuvio 13. Kuntouttavien arviointijaksojen toteutuminen (n=39) yhteydenottojen (n=236) ja alkukartoitusten (n=125) perusteella tutkimusaikana huhti-kesäkuussa 2018.

Kaikkiaan kuntouttavia arviointijaksoja toteutettiin 39 ikääntyneelle, joista kymmenen henkilön osalta (26 %) ei saatu tietoa jakson jälkeisistä jatkotoimenpiteistä. Niiden, joiden

jatkokotoimenpiteet oli kirjattu (n=29), palvelut rakentuivat hyvin erilaisista ratkaisuista (kuvio 14). Lähes puolet heistä (47 %) jatkoi kotihoidon, kotisairaanhoidon ja mahdollisesti niihin liitettyjen tukipalvelujen turvin. Seitsemän (18 %) ikääntynyttä jatkoi kotona asuamista ilman kunnallisia palveluita läheisten ja 3. sektorin tuella, kolme (8 %) pelkkien tukipalvelujen turvin ja kaksi (5 %) yksityisten palvelujen käyttäjinä.



Kuvio 14. Kuntouttavan arviointijakson jälkeen tehdyt päätökset jatkokotoimenpiteistä.

Keski-Suomessa on 23 kuntaa, joista 20 osallistui kuntouttavan arviointijakson tiedonkeruuseen. Kinnula on pienuuna kuntau ulkoistanu palvelunsa, Luhangassa ei ole ollut resurssuja aktiiviseen kehittämistyöhön ja Kuhmoinen on suunnannu sote-yhteistyön Pirkanmaan suuntaan. Jyväskylässä oli yhteensä 11 kotihoitoaluetta, joista kahdeksan aluetta kuului kunnallisen kotihoidon piiriin. Näistä alueista kuntouttavan arviointijakson pilotointiin ja tiedonkeruuseen oli valittu kolme eli Lohikoski-Palokka, Mäki-Matti-Viitaniemi ja Korpilanti. Näiden kolmen alueen väestömäärä oli 35 % koko Jyväskylän asukasmäärästä (Sotkanet 2016).

Tutkimuksen aikana tulleiden yhteydenottojen määrä oli 0,16 % väestöstä vaihdellen kunnittain 0–43 % välillä (taulukko 16). Jyväskylän osalta huomioitiin vain valittujen kolmen em. kotihoitoalueen väestömäärät. Kuntouttavan arviointijakson alkuarviointeja tehtiin 16 kunnassa (1–26 / kunta) yhteensä 125 kappaletta ja niitä oli 53 % kaikista yhteydenotoista. Kuntouttavia arviointijaksoja toteutettiin 12 kunnassa yhteensä 39 kappaletta (1–14 / kunta) eli 32 % alkuarvioinneista johti kuntouttavaan arviointijaksoon. Osallistuneista 20

kunnasta alkuarviointeja ei tehty neljässä kunnassa eikä kuntouttavaa arviointijaksoa kahdeksassa kunnassa. (Taulukko 16)

Taulukko 16. Kuntouttavan arviointijakson (KA) toteutus kunnittain: uudet yhteydenotot, alkuarviointi ja toteutus, (n, %).

Kunnat	Väestö 2016 Sotkanet	Uudet yhteyden- otot (n)	% väestöstä	KA alku- arviointi (n)	% uusista	KA toteutus (n)	% alku- arvioinneista
Hankasalmi	5159	8	0,16	3	37,5	0	0,0
Joutsa	4673	5	0,11	2	40,0	1	50,0
Jyväskylä**	48218	20	0,04	15	75,0	0	0,0
Jämsä	21259	13	0,06	7	53,8	2	28,6
Kannonkoski	1424	4	0,28	2	50,0	2	100,0
Karstula	4232	10	0,24	3	30,0	0	0,0
Keuruu	9992	43	0,43	26	60,5	14	53,8
Kivijärvi	1161	1	0,09	1	100,0	0	0,0
Konnevesi	2753	6	0,22	6	100,0	1	16,7
Kyyjärvi	1375	3	0,22	0	0,0	0	0,0
Laukaa	18970	32	0,17	14	43,8	3	21,4
Multia	1663	0	0,00	0	0,0	0	0,0
Muurame	9941	3	0,03	0	0,0	0	0,0
Petäjävesi	3981	6	0,15	2	33,3	2	100,0
Pihtipudas	4202	6	0,14	5	83,3	1	20,0
Saarjärvi	9690	25	0,26	7	28,0	6	85,7
Toivakka	2432	1	0,04	0	0,0	0	0,0
Uurainen	3717	8	0,22	3	37,5	1	33,3
Viitasaari	6607	14	0,21	7	50,0	1	14,3
Äänekoski	19374	28	0,14	22	78,6	5	22,7
YHTEENSÄ	183278	236	0,16	125	53,0	39	31,2

** Jyväskylä väestö 138 850, aineistonkeruun kotihoitoalueet Lohikoski-Palokka, Mäki-Matti-Viitaniemi ja Korpilahti (väestöarvio)

Kuntouttavan arviointijakson jälkeen päätöksiä jatkotoimenpiteistä oli kirjattu 29 kappaletta 11 kunnassa. Näistä kahdeksassa kunnassa päätös oli kirjattu kaikkien toteutuneiden kuntouttavien arviointijaksojen kohdalla, mutta näissä kunnissa jaksojen määrä oli pieni (1–3 / kunta). (Taulukko 17)

Taulukko 17. Kuntouttavien arviointijaksojen jälkeen tehdyt päätökset jatkotoimenpiteistä kunnittain, n.

Kunnat	Päätöstieto lukumäärä / KA	Kotihoito	Kotihoito ja tukipalvelut	Kotihoito ja kotisairaahoito	Kotihoito & yksit. kotipalvelu	Tukipalvelut	Kotisairaahoito	Kotipalvelu yksityiseltä	Apu/tuki läheiseltä, 3.sektorilta	Ilman palveluita
Hankasalmi	0/0									
Joutsa	1/1									1
Jyväskylä**	0/0									
Jämsä	2/2	1								1
Kannonkoski	0/2									
Karstula	0/0									
Keuruu	9/14	2				3	1	1	2	
Kivijärvi	0/0									
Konnevesi	1/1	1								
Kyyjärvi	0/0									
Laukaa	3/3	1					1	1		
Multia	0/0									
Muurame	0/0									
Petäjävesi	2/2									2
Pihtipudas	1/1	1								
Saarjärvi	5/6		2				2		1	
Toivakka	0/0									
Uurainen	1/1		1							
Viitasaari	1/1				1					
Äänekoski	3/5			2			1			
Yhteensä	29 / 39	4	5	2	1	3	5	2	3	4

5 Pohdinta

Tässä luvussa pohditaan kuntouttavien arviointijaksoja koskeneen tutkimuksen tuloksia luotettavuuden näkökulmasta sekä kotihoidon uusien palvelutuotteiden riskejä ja mahdollisuuksia (vrt. raportin luvut 2 ja 3).

Kuntouttavia arviointijaksoja koskenut tutkimus toteutettiin Keski-Suomen maakunnassa huhti-toukokuussa 2018. Keski-Suomessa on 23 kuntaa, joista 20 osallistui tiedonkeruuseen. Tutkimustietoa saatiin kattavasti, mutta kuitenkin tulosten tarkastelussa tulee huomioida poisjääneet kunnat ja Jyväskylän kaupungista vain kolme kotihoitoaluetta, jotka osallistuivat selvitykseen.

Asiakkaan polkuun (kuvio 1) suhteutettuna havaittiin kriittisiä kohtia useissa kuntouttavien arviointijaksojen toteuttamisen vaiheissa. Asiakasohjausvaihe näyttää olevan hyvin ratkaisevassa roolissa asiakkaan eteenpäin ohjautumisessa. Asiakasohjausvaiheessa oli tehty pääosin hyvinkin systemaattista kirjaamista asiakasohjaukseen yhteyttä ottaneista ikääntyneistä esitietojen suhteen ja kiitettävästi oli käytetty myös WHODAS 2.0 -arviointimenetelmän ydinkysymyksiä, joilla kartoitettiin ikääntyneiden omaa näkemyksestä tilanteensa ja toimintakykynsä suhteen (asiakkaan ääni). Sen sijaan haasteita tuli esiin kuntouttavan arviointijakson seuraavissa vaiheissa: asiakkaan tilanteen alkukartoitus, kuntouttavan arviointijakson suunnittelu ja toteutus sekä loppuarviointi ja palvelupäätökset. Näiltä osin saadut tiedot olivat kirjavia ja osittain myös hyvin niukkoja.

Syitä tähän kuntouttavan arviointijakson prosessin ja etenkin kirjaamisketjun katkeamiseen saattoi olla useita. Toimintamallien ja niihin sisältyvien prosessien toteutuksessa havaittiin selviä kuntakohtaisia eroja. Eroja oli myös siinä, kuinka paljon kehittämistyölle oli varattu aikaa muun työn rinnalla. Kunnissa oli henkilöstörekrytointiin liittyviä haasteita (sijaisten saamisen vaikeus) ja useissa kotihoidon yksiköissä keskityttiin perustyön suorittamiseen. Myös muut kunnissa meneillään olleet kehittämishankkeet, mukaan lukien Kukoistava kotihoito -hankkeen laaja kokonaisuus, olivat varmasti osasyynä siihen, ettei ollut mahdollista keskittyä täysipainoisesti kuntouttavien arviointijaksojen toteutukseen ja prosessien sujuvuuteen. Prosessien yhteensovittaminen koko asiakkaan polkua ajatellen

vaati runsaasti aikaa ja resursseja kuntien kotihoidon henkilöstöltä, esimiehiltä ja tiimivastaavilta.

Kuukauden aikana tuli 236 yhteydenottoa yli 65-vuotiaasta henkilöstä. Lähes aina (90 %) yhteydenottaja oli joku muu kuin ikääntynyt itse. Useimmiten yhteydenottaja oli sote-ammattihenkilö ja yhteydenotto tapahtui puhelimitse asiakas-/palveluohjaajaan. On hyvä pohtia, että onko kyse toimintakyvyn ja/tai arkisuoriutumisen heikkenemisen varhaisesta tunnistamisesta, jos sote-ammattihenkilö on ensimmäinen joka sen huomaa. Tiedotamalla voisi saada ikääntyneet henkilöt tai heidän läheiset havahtumaan pieniinkin muutoksiin arkisuoriutumisessa ja motivoitumaan varhaiselle kuntouttavalle arviointijaksolle toimintakyvyn kohentumiseksi.

Ajoittain näytti olleen vaikeuksia kirjata yksilöllisen palvelun / tuen / kuntouttavan arviointijakson syy tai tarve, mikä näkyi yleistasoisina kirjauksina kuten "palvelutarpeen selvittäminen". Asiakkaan tai hänen edustajansa yhteydenottoon ja tarvittaviin alkuarviointeihin liittyvät haastattelutaidot ovatkin olennaisia kotihoidon kompetensseja samoin kuin taroituksenmukaisten arviointimenetelmien moniammatillinen käyttö. Lisäksi tulee olla perustietoa ikääntymisestä, toimintakyvyn käsitteestä ja merkityksestä sekä kokonaisvaltaisesta, yksilöllisestä kotona asumisesta. Se, että asiakasohjaaja tietää oman kuntansa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut, saa merkityksensä vasta silloin, kun ikääntyneen kokonaistilannetta on riittävästi selvitetty. Ikääntyneen tai hänen läheistensä ilmaisemat tarpeet määrittävät kuntoutusta ja sen sisältöjä.

Tulosten perusteella asiakaslähtöisillä alkuarvioinneilla (WHODAS 2.0) tai ammattilaisten tekemillä toimintakyvyn arvioinneilla ei ollut yhteyttä kuntouttavan arviointijakson aloittamiseen. Vaikka alkuarvioinneissa oli käytetty laajasti erilaisia arviointimenetelmiä, niitä ei juurikaan käytetty seuranta- tai loppuarvioinneissa eikä niillä ollut yhteyttä asetettuihin kuntouttavan arviointijakson tavoitteisiin. Osasyynä tähän saattoi olla se, että moniammatillisia alkuarviointeja tehtiin vähän.

Kuntouttavaa arviointijaksoa edeltävä alkuarviointi tehtiin suhteessa harvemmin palvelu-/asiakasohjaukseen yhteyttä ottaneille kuin kotiutushoitajaan yhteyttä ottaneille. Tämä antaa viitteitä siitä, että terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä on eroja mm. käytännön työtavoissa sekä ikääntyneen asiakkaan tarpeiden määrittelyssä. Esimerkiksi osastolta kotiutuminen tapahtuu hoidollisin perustein, jolloin kotiutujan akuuttitarpeista (lääkehoito, ruokapalvelut, perushoiva) otetaan yhteyttä asiakas- ja palveluohjaukseen. Yhteydenotto voi tapahtua ns. perinteisen lääkinnällisen kuntoutuksen perustein, joka usein ymmärrettään kuuluvaksi perusterveydenhuollon alueelle. Siksi kuntoutustarve ja kotona kuntoutumisen mahdollisuudet jäävät usein huomioimatta. Erityistä huomiota tulee kiinnittää kuntoutustarpeen tunnistamiseen asiakkaiden siirtyessä eri organisaatioiden välillä.

Alkuarviointeja, kotihoitoa ja kuntouttavia arviointijaksoja koskeneiden tulosten pohjalta voitiin määritellä seuraavia toimintatapoja:

- a) **ei kuntouttavaa arviointijaksoa eikä kotihoitoa:** Tehtiinkö näille asiakkaille moniammatillinen toimintakyvyn arviointi, jonka perusteella tähän päädyttiin? Vai onko kyse vanhasta, tutusta toimintatavasta eli rutiininomaisesta päätöksestä ilman tarkempaa analyysia tai näkemystä kotona annettavasta kuntoutuksesta?
- b) **kuntouttava arviointijakso ja kotihoito:** Oliko tilanne toimintakyvyn osalta niin haastava vaati molempien aloittamisen? Tällöin on oletettavaa, että henkilöllä on odotettavissa kuntoutuspotentiaalia. Tulisiko tämän ryhmän olla huomattavasti suurempi, jos tunnustetaan aidosti kuntoutuksen laaja-alaisuus ja yksilölliset kuntoutuspotentiaalit?
- c) **kuntouttava arviointijakso, mutta ei kotihoitoa:** Todennäköisesti ikääntyneellä oli jokin yksittäisen sairauden, toimenpiteen jälkeinen ns. lääkinnällisen kuntoutuksen tilanne? Ei hoidollista kotihoidon tarvetta? Itsenäinen, oma-aloitteinen asiakas tai perhe?
- d) **kiireellinen kotihoito, mutta ei kuntouttavaa arviointijaksoa.** Toimintamallin mukaan kuntouttava arviointijakso olisi tullut toteuttaa myös näillä selvityksessä esille tulleille 23 ikääntyneelle, joille aloitettiin kiireellinen kotihoito ilman kuntouttavaa arviointijaksoa. Oliko kyse kiireellisestä kotiutuksesta ja hoidollisesta tarpeesta? Äkillisesti esille tullut muistisairaus, joka yhtäkkiä huomattiin arjessa? Kuitenkin useimmiten aloitettu palvelu oli kotihoidon käynnit.

Kuntouttavaa arviointijaksoa ei aloitettu useista eri syistä johtuen. Yleisin syy oli ikääntyneen yksittäisen palvelun tarve (44 %). Jatkossa tulisikin miettiä, miten nämä henkilöt tunnustettaisiin varhain, jolloin vähäiset kotihoidon moniammatilliset resurssit voitaisiin kohdentaa juuri niille henkilöille, joilla on vielä kuntoutuspotentiaalia. Kaikkiaan 12 henkilöä (16 %) ei halunnut aloittaa kuntouttavaa arviointijaksoa, mutta useimmiten kieltäytymisen syy oli kirjaamatta. Osalla syy liittyi kustannuksiin. Tässä yhteydessä nousee esille kysymys, miten ja millä perusteella kuntouttavaa arviointijaksoa on osattu esittää asiakkaalle (läheiselle) ja miten toimintakyvyn tukemisella voidaan vastata ikääntyneen tarpeisiin.

Yli puolelle asiakas- ja palveluohjaukseen yhteyttä ottaneista uusista asiakkaista aloitettiin kiireelliset palvelut. Tämä kertoo suhteellisen myöhään tapahtuvasta yhteydenotosta. Samalla osa ikääntyneistä jäi kuntouttavien arviointijaksojen alkuarviointien ulkopuolelle.

Osa päätöksistä ovat perusteltuja, kuten esimerkiksi kotisairaanhoidon käynnit. Kiireellinen palvelu saattoi olla myös muu kuntoutus, kuten tehostettu kotikuntoutus, voimavarakas jaksot tai kuntoutustyöntekijän käynnit korvaten kuntouttavan arviointijakson.

Asiakasohjausvaiheessa havaitut riskit kotona pärjäämättömyydelle sekä mahdolliset toimintakyvyn alenemat tulisi kartoittaa mahdollisimman laaja-alaisesti moniammatillisessa alkukartoituksessa. Tämä toteutui tiedonkeruuprosessissa kuitenkin vain noin puolelle yhteyttä ottaneista asiakkaista, eikä alkukartoitus ollut kaikkien kohdalla moniammatillinen. Alkukartoituksen väliin jääminen tai puutteet sen toteutuksessa saattoivat hyvinkin johtua prosessien keskeneräisyydestä, mutta myös siitä, ettei käytettävissä ollut moniammatillista tiimiä toteuttamaan arviointia. Alkukartoituksen perusteella on kuitenkin tarkoitus kartoittaa tarkemmin asiakkaan tilannetta ja toimintakykyä sekä lähteä yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa suunnittelemaan kuntouttavaa arviointijaksoa ja sen tavoitteita asiakkaan henkilökohtaisista tarpeista ja lähtökohdista. Tämä vaihe on myös ikääntyneen ns. valmistautumisaikaa. Alkukartoituksen avulla on mahdollista saada myös arvokasta tietoa siitä, onko asiakkaalla tarvittavaa motivaatiota (haluamista ja tahtomista) tai ylipäättään potentiaalia toimintakykynsä ylläpitämisen suhteen jakson toteuttamiseksi yhdessä sovitujen tahojen kanssa. Samalla ikääntyneen läheiset ja muu verkosto voidaan kartoittaa ja tehdä sopimukset heidän vastuistaan ja rooleista osana jakson kokonaistoteutusta.

Ikääntyneistä kaikkiaan 31% (n=39) ohjautui alkuvaiheen arviointien perusteella kuntouttavalle arviointijaksolle, mutta tietoa jakson sisällöistä saatiin vain 15 henkilöltä. Palautuneissa sisältö- ja toteutuslomakkeissa voi olla kirjaamisen puutteita, jolloin esimerkiksi asiakkaiden tai kotihoidon toimintatapa on tosiasiallisesti ollut paljon aktiivisempi kuin mitä lomakkeisiin oli merkattu. Huomioitavaa jatkokehittämisen kannalta on kuntouttavien arviointijaksojen sisältöjen yhteys jakson aloittaneen työntekijän toimintatapaan. Tällöin jakson sisältö painottui ammattitaitaan, esimerkiksi ravitsemukseen, lääkitykseen tai liikuntaan.

Syitä kuntouttavien arviointijaksojen prosessin epäjohtamukseen on todennäköisesti useita. Jaksolle ohjautuminen on monessa kunnassa vielä keskeneräinen. Toisaalta myös tiedonkulun haasteet ja uuden yhteisen toimintamallin käyttöönoton sisäistäminen ja työnjaolliset ratkaisut sopimuksineen voivat olla haasteellisia tiimeissä ja osittain hajallaan toimivissa kotihoidon yksiköissä. Myös tiedottaminen asiakkaan ja omaisten suuntaan uuden toimintamallin tarkoituksesta, sisällöistä ja tavoitteellisuudesta on saattanut jäädä puutteelliseksi, jolloin asiakas ei ole mahdollisesti ymmärtänyt jakson tarkoitusta eikä näin ollen ole halunnut sitoutua jakson toteuttamiseen. Toki syynä tähän voivat olla myös asiakkaan henkilökohtaiset syyt, kuten taloudellinen tilanne tai se, ettei asiakas koe hyötyvänsä jaksosta.

Kuntouttava arviointijakso tulee ottaa systemaattisesti uudeksi toimintamalliksi kaikissa kunnissa ja kaikissa kotihoidon yksiköissä sekä tiimeissä. Toimintamallin käyttöönotto vaatii laajaa tiedottamista ja ”markkinointia ja myyntiä” niin asiakkaiden suuntaan, kuin myös omaisille ja muille kuntalaisille siitä, että kuntouttava arviointijakso tulee maakunnassa jatkossa olemaan edellytys kotihoidon palvelujen aloittamiselle. Samalla voidaan tuoda esille jakson tarkoitus; tukea moniammatillisesti ja laaja-alaisesti asiakkaan itsenäistä kotona pärjäämistä, tukea asiakkaan arkea ja toimintakykyä kotona asumisen mahdollistamiseksi ja koko asiakkaan toimintaympäristön (koti, elinpiiri, yhteisö) käyttöönottamiseksi.

Kuntouttavia arviointijaksoja koskeneen tiedonkeruuprosessin toteuttamisen kannalta ensisijaisen tärkeää olisi ollut, että kunnissa olisi ehditty esitestaamaan kuntouttavan arviointijakson prosessia laajemmin ennen varsinaista tiedonkeruujaksoa. Tämä ei ollut mahdollista Kukoistava kotihoito –hankkeen aikataulujen takia. Prosessi olisi pitänyt saada käyntiin jo siinä vaiheessa, kun kuntouttavan arviointijakson toimintamallia luotiin kuntien kanssa yhteistyössä keväällä 2017. Myös kuntien asiakasohjaajien ja kotihoitotiimien osallistuminen toimintamallin suunnittelun työpajoihin oli vaihtelevaa, sillä kunnissa oli pyritty antamaan mahdollisimman monelle mahdollisuus osallistua työpajoihin ja näin toimintamallin ja sen kokonaisuuden hahmottaminen jäi epäselväksi ja/tai pirstaleiseksi.

Kuntouttavia arviointijaksoja koskeneen tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että eri kuntien kotihoidon kirjaamiskäytänteet olivat hyvin vaihtelevia. Omaa työtä, asiakkaan toimintakyvyn tukemista tai toimintakyvyn arviointia ei välttämättä osattu kirjata siten, että toinen työntekijä kirjausta lukiessaan olisi sen ymmärtänyt. Tämän vuoksi kuvailevan ja arvioivan kirjaamisen kehittämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota⁴. Konkreettiset ja realistiset tavoitteet tulee asettaa yhdessä asiakkaan kanssa.

Vaikka kuntouttavan arviointijakson tiedonkeruuprosessin pohjalta kuului osittain läpi totuttu tapa toimia ja tehdä arjen työtä, se osoitti myös sen, että kunnissa oltiin tehty ahkerasti työtä uuden toimintamallin käyttöönoton suhteen. Asiakasprosessin keskeneräisyys siinä vaiheessa osoitti myös, että kaikkien vaiheiden yhteensovittaminen sujuvaksi, asiakaslähtöiseksi ja tavoitteelliseksi palveluketjuksi vaatii aikaa, suunnittelua, kehittämistyötä ja laajaa vuoropuhelua eri toimijoiden kesken. Erityisesti kaikkien maakunnan kuntien osallistuminen kehittämistyöhön toi esille innostuneisuuden yhdessä tekemiseen, kun kuntien erilaisia tilanteita voitiin jakaa, verrata toisiinsa ja samalla havaita oman

⁴ Hankkeen kuntakäynteiltä ja työpajoista saatujen suullisten tietojen mukaan kirjaamisen haasteina olivat myös mobiiliperustaiset toiminnanohjausjärjestelmät, joihin kirjaaminen oli rajallista sekä määrällisesti että sisällöllisesti. Haasteena oli myös ohjelmien toimintahäiriöt ja puutteelliset kirjaamisohjeet. Työntekijöiden kirjaamisessa oli myös viiveitä työpajojen vuoksi (sairastuneiden äkilliset sijaistamiset, peräkkäisten työvuorojen tekeminen hätilanteissa jne.)

työyksiköiden hyviä käytäntöjä. Vaikka kotihoidon arkiset haasteet todettiin raskaiksi, havaittiin ne myös yhteisiksi työn rikkauksiksi ja kehittämisen paikoiksi.

Kotikuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen kannalta kaikki edellä kuvatut kehitys- ja muutostarpeet tulee tunnistaa kunta- ja maakuntatasolla. Kotikuntoutuksen käynnistyminen voi tapahtua näiden erilaisten asiakasryhmien ja -polkujen eri vaiheissa. Uusien asiakkaiden moniammatilliset alkuarvioinnit ja niiden jälkeen kuntouttavat arviointijaksot sekä tehostetun kotikuntoutuksen jaksot intensiivistä kotihoitoa saaville asiakkaille onkin toteutettava yhdenvertaisesti ja asiakkaiden oikeudenmukaisuus -periaatetta noudattaen. Jokaisessa polun vaiheessa voidaan yksilöllisellä ja tavoitteellisella kotikuntoutuksella lisätä kotona asumisen turvallisuutta, mutta ennen kaikkea kotona asumisen merkityksellisyttä. Näin kotikuntoutus voi edistää kokonaisvaltaisesti ikääntyneiden elämänlaatua, hyvinvointia ja aktiivista elämää kotona.

6 Kohti pysyvää toimintaa ja jatkotoimenpiteet

6.1 Kuntouttavan, toimintakykyä edistävän kotihoidon lähtökohdat

Asiakaslähtöisen tavoitteellisen toimintatavan tulee olla kotihoidon perusta, kun ikään-tyneiden hoidon painopiste siirtyy entistä enemmän asiakkaiden koteihin. Kotihoidon kuntouttavilla toimintamalleilla tuetaan ikääntyneiden toimintakykyä kotona pärjäämisen suhteen, jotta he voisivat asua arvokkaasti ja toimintakykyisinä omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Paltamaa ym. 2018.) Tavoitteena tulee olla, että työntekijät näkevät ikääntyneen ihmisen terveydentilan ja toimintakyvyn lisäksi yksilönä, joka elää arkeaan hänelle merkityksellisessä kotiympäristössä. Koti, elinpiiri ja elämäntyylin jatkuvuus lisäävät erilaisia mahdollisuuksia ottaa käyttöä täysin uudenlaisia kotikuntoutuksen menetelmiä. Tämä vaatii uudenlaista johtamista, työnsuunnittelua ja pitkäjänteistä uusien toimintatapojen juurruttamista nykyiseen kotihoitokulttuuriin.

Toimintakykyä edistävä moniammatillinen kotihoito ei ole vain kotiin hoitamista, vaan se tukee yksilöllistä kotona asumista, jolloin se onkin aina enemmän kuin yksittäisiä sairaanhoidollisia hoitotoimenpiteitä, kotihoidon suorittamia tehtäviä tai perinteistä ammattilaisen ohjauksessa tapahtuvaa lääkinnällistä kuntoutusta. Kotikuntoutus on parhaimmillaan aina vuorovaikutuksellista, ohjauksellista keskustelua, tiedon jakamista ja tavoitteellista harjoittelua yhteistoiminnallisesti asiakkaan, hänen lähipiirinsä ja kotihoidon henkilöstön kanssa. Tällä toimintavalla pidetään yllä ja vahvistetaan asiakkaan omaa roolia hänen elämänkulkunsa näkökulmasta (elämäntapa ja -tyyli), jossa ulkopuoliset toimivat hänen tukenaan.

Kuntouttava arviointijakso, tehostettu kotikuntoutus ja muistikuntoutus ovat esimerkkejä uudistuvasta kotihoitotyöstä. Se, millaisiksi nämä erilaiset toimintamallit kehittyvät ja

juurtuvat kuntien/maakuntien vanhuspalveluihin, riippuu myös kuntien hyvinvointia edistävästä toiminnasta (hyte).

6.2 Kuntouttava arviointijakso

Toteutetun selvityksen tulosten mukaan (luku 4.3) kaikissa selvitykseen osallistuneissa kunnissa (n=20) ja niiden kotihoitoyksiköissä (n=16) oli haasteita kuntouttavia arviointijaksoja koskeneen toimintamallin kaikissa vaiheissa. Haasteita oli asiakas- ja palveluohjaukseen yhteyttä ottaneiden ikääntyneiden ohjautumisessa kuntoutujaksolle, moniammatillisissa alkuarvioinneissa, yksilöllisten, konkreettisten tavoitteiden tunnistamisessa ja asettamisessa sekä kuntoutusjakson toteutuksessa, sen päättämisessä ja jatkoseurannassa.

Keski-Suomen kunnat olivat ja ovat edelleen erilaisissa vaiheissa tässä kehittämistyössä, johon on vaikuttanut myös kunnissa aikaisemmin tehty pitkäjänteinen hanke- ja kehittäminen, työyhteisöissä tapahtuneet henkilöstömuutokset /-vaihdot sekä Kukoistava kotihoito -hankkeen useiden eri toimintamallinen samanaikainen eteenpäin vieminen. Osallistuneiden kuntien ja kotihoitoyksiköisen joukosta löytyi myös selkeitä onnistuneita käytäntöjä, joissa asiakkaiden ohjautuminen, jaksojen toteutus sekä päättäminen jatkotoimenpiteineen sujuivat jo moniammatillisesti ja osittain myös läheisten aktiivisella tuella. Tehdyn selvityksen mukaan (luku 4.3) toimintamalleissa on monia Pohjoismaissa toteutettavien mallien piirteitä (luku 2.1), joita kuvataan seuraavaksi.

- (a) Kuntoutustyöntekijät⁵ sijaitsevat organisatorisesti kotihoitoyksiköissä, joista he jalkautuvat tiimeihin sovitulla työnjaolla ja josta heidän asiakasprosessinsa käynnistyvät tiimien havaitsemien tarpeiden mukaan (vrt. tanskalainen arkikuntoutus ja norjalainen kotipalveluun integroitu arkikuntoutus);
- (b) Kuntoutustyöntekijät sijaitsevat organisatorisesti kotihoitoyksiköissä, mutta heidän asiakasprosessinsa käynnistyvät perinteistä lääkinnällisen kuntoutuksen toteutustapaa noudattaen. Asiakkaat ovat sairaalasta, osastoilta ja muista yksiköistä kotiutuvia ikääntyneitä lähetteineen, joille toteutetaan terapeuttien toimesta kuntoutusjakso kotiin (vrt. Ruotsin erityiskuntoutus, Tanskan terapeuttimalli). Osassa

⁵ Kuntoutustyöntekijöillä tarkoitetaan tässä yhteydessä mm. fysio- ja toimintaterapeutteja, muistihoitajia ja -koordinaattoreita sekä kuntoutukseen perehtyneitä lähihoitajia, geronomeja ja sosionomeja.

kunnissa jatkokuntoutus siirtyy kotihoidolle, mutta sen toteuttamisessa on haasteita työntekijöiden työn suunnittelun, riittävien resurssien ja jatkuvuuden kannalta. Tässä mallissa on haastellista organisoida perinteinen terveyskeskusten lääkinnällinen kuntoutus (ns. kotiin annettavat terapiapalvelut) yhteen kotihoidon vastaavan toiminnan kanssa.

- (c) Jos kunnassa on suhteellisen pieni kotihoidon yksikkö ja vain yhdestä kahteen kuntoutustyöntekijää, toimintamalli näyttäisi toimivan joustavasti. Yhteistyön tapoja kotihoidon henkilöstön ja yksittäisten kuntoutustyöntekijöiden kanssa voidaan kokeilla luovasti ja muuttaa niitä nopeasti niiden toimivuuden perusteella. Kuntoutustyöhön perehtyneet lähihoitajat, kuntoutushoitajat tai voimavarahoitajat ottavat vastuu niistä kuntoutujista, joiden alkuarvioinneista ja kuntoutuksesta vastaavat kuntoutustyöntekijät. Työpareina työskentely lisää näkemystä asiakkaan tilanteesta, vahvistaa yhteistä osaamista ja sitä kautta yhteistyötä.
- (d) Jos kunnan sosiaali- ja terveystalvet tuotetaan ostopalveluina, näyttäisi kuntoutustyöntekijät yhdessä muun henkilöstön kanssa jo tottuneen uudenlaiseen oman työn suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Asenteet, joustavuus ja oman työn perusteiden jatkuva pohtiminen (taloudellisuus, vaikuttavuus ja laatu) mahdollistavat uudenlaisten kotihoitoon integroitavien kuntoutuskokeilujen toteuttamisen.

Kaikki edellä kuvatut kotikuntoutuksen organisointi- ja toimintatavat tulivat esille Kukoistava kotihoito -hankkeen aikana ja heijastuvat tehdyn selvityksen tuloksissa. Tähän voivat vaikuttaa esimerkiksi kuntien erilaiset lähtökohdat, kehittämistyön resursointi, kykyä tehdä niitä koskevia päätöksiä ja edetä johdonmukaisesti kohti muutosta.

Kaiken kaikkiaan kotihoitoyksiköiden henkilöstön osaaminen, valmiudet ja asenteet sekä työn suunnittelu ja johtaminen ns. arkikuntoutuksen toteuttamisessa vaihtelevat kunnittain - ja jopa henkilöittäin. Kukoistava kotihoito -hankkeen aikana tehdissä monissa kuntavierailuissa ja työpajoissa nousi selkeästi esille myös Krögerin ym. (2018) esiin nostamat haasteet johtamisessa, sijaisten rekrytoinneissa, työssä jaksamisessa ja myös oman työn hallitsemattomuudessa. Sen sijaan Kukoistava kotihoito -hankkeessa syyskuussa 2017 tehdyn henkilöstön itsearviointiin perustuvassa osaamiskartoituksessa (Tiikkainen & Juntunen 2018) nämä teemat eivät nousseet erityisenä huolenaiheena esille.

Seuraavaksi kuvataan selvityksessä esiin tulleet keskeiset havainnot, joihin jatkossa tulee kiinnittää huomioita, kun uusien asiakkaiden asiakas- ja palveluohjauksessa käynnistetään kuntouttavat arviointijaksot ja vakiinnutetaan ne osaksi asiakaspolkuja.

- (1) Ohjautuminen kuntoututtavalle arviointijaksolle tulee tapahtua yhteisten, sovittujen sisäänottokriteerien pohjalta, jotta asiakkaat ovat yhdenvertaisessa asemassa lähettävästä tahosta huolimatta. Esiin nousseet tarpeet tulee kuvata ensisijaisesti asiakkaan tarpeina, ei työntekijöiden työtehtävinä.
- (2) Omaisten, läheisten ja/tai asiakkaiden omat yhteydenotot ovat yhtä arvokkaita ja tärkeitä huolenilmaisuja kuin eri alan asiantuntijoiden yhteydenotot. Yhteydenoton tulee olla helppoa ja esteetöntä sekä eri yhteydenottokanavien kautta mahdollista (vastaanotto, puhelin, sähköposti, paperiset lomakkeet jne.)
- (3) Muistisairauden eri vaiheessa asiakkaiden kohdalla omaisten ja läheisten yhteydenottojen matala kynnyks tulee huomioida. Myös muistisairauden varhainen tunnistaminen ja ennakoiminen tulee olla osa kuntouttavien arviointijaksojen sisäänottovalikoimaa. Vastaavaa toimintaa tulee tehostaa myös ikääntyneiden ja heidän perheidensä psykosiaalisten tarpeiden sekä päihde- ja mielenterveysongelmien osalta.
- (4) Moniammatillinen alkuarviointi näyttää lisäävän näkemystä asiakkaan tarpeista ja kotikuntoutuksen mahdollisuuksista, jolloin ohjaaminen kuntouttaville arviointijaksolle voidaan kohdistaa tarkoituksenmukaisella tavalla.
- (5) Asiakas- ja palveluohjaukseen tulee rakentaa osaamista ikääntyneiden terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin monialaisesta osaamisesta niin, että ikääntyneiden tarpeet ja kuntoutuspotentiaalit sekä tulevaisuuden ennakoiminen erilaisien riskien osalta voidaan tunnistaa. Moniammatillista konsultaatiota tulee olla helposti, riittävästi ja laajasti saatavilla.
- (6) Kuntouttavia arviointijaksoja tulee edeltää ns. valmistautumisvaihe, jonka aikana kartoitetaan esim. asiakkaan tarpeet, voimavarat ja mahdollisuudet osallistua jakson toteutukseen sekä läheisten näkemykset sekä kuvataan kotikuntoutuksen

erilaisia menetelmiä toteutustapoineen ja jäsenetään kuntoutuksen tavoitteita.

- (7) Koska tehdyn selvityksen mukaan kuntouttavien arviointijaksojen sisällöt näyttäisivät noudattavan jakson aloittaneen työntekijän toimintatapaa ja työn painotusta (esimerkiksi ravitsemus, lääkitys, liikunta), on moniammatillisuutta vahvistettava.
- (8) Kuntouttavien arviointijaksojen toteutus vaatii yhteistä suunnittelua ja sopimuksia siitä, miten asiakas, läheiset ja työntekijät osallistuvat jakson toteuttamiseen. Toiminnanohjausjärjestelmässä selvitetään asiakkaan taustat, joiden perusteella suunnitellaan käyntien ajoitukset, sisällöt, tarvittavat resurssit sekä tilastointimahdollisuudet. Näin voidaan luoda mahdollisuus aitoon, ikääntyneiden toimintakykyä lisäävään ja/tai ylläpitävään kotikuntoutukseen ja merkitykselliseen kotona asumiseen.
- (9) Kotihoidon johtaminen, tiimityö vastuineen ja henkilöstön osaaminen toimivat kokonaisuutena niin, että toimintakykyä tukeva työ suunnitellaan, toteutetaan ja tilastoidaan pitkäjänteisesti ja tarkoituksenmukaisesti.
- (10) Kotihoidon kuntoutuksesta tulee laatia tiedotus- ja markkinointiohjelma, joka koskee kaikkia kansalaisia, ikääntyneitä, heidän läheisiään, palveluverkoston eri osia ja myös poliittisia päättäjiä.
- (11) Kuntouttavat arviointijaksot ovat osa muuta kotihoidon ja vanhusten hoidon palvelukokonaisuutta. Jaksoihin voi sisältyä erilaisia tukipalveluja, päiväkeskustoimintaa, intervallijaksoja ja myös asiakkaan itsensä tai omaisten järjestämään yksityistä tai kolmannen sektorin toimintaa. Kelan tarjoama ikääntyneiden kuntoutus täydentää näitä. https://www.kela.fi/documents/10180/1547996/IKKU_kurssit.pdf/877b3fe4-5dc1-413d-b9e4-e820efc69c6f
- (12) Ikääntyneet kuntalaiset tietävät kuntoutusoikeutensa, osavat hakea niitä ja aktiivisesti antavat niistä palautetta osana kehittyvää kotikuntoutusta ja sen palvelumuotoilua.

6.3 Muut kuntouttavat toimintamallit

Moniammatillisesti toteutettu ja tavoitteellinen **tehostettu kotikuntoutusjakso** lisää kotihoidon henkilöstön yhteistyötä ja laajentaa toimintakyvyn tukemisen osaamista myös kotihoidon perustyöntekijöiden kohdalla. Kotihoitotyön mielekkyys lisääntyy, kun työ on tavoitteellista ja asiakkaiden toimintakyvyssä on nähtävissä selkeää muutosta parempaan. Asiakkaiden toimintakyvyn parantuminen keventää myös työtä, kun asiakkaan omat voimavarat saadaan käyttöön. Käytännön asiakastyössä tehostetun kotikuntoutuksen toimintamallista saadaan paras hyöty, kun työntekijät tuntevat toimintamallin, asiakkaan tavoitteet ja sitoutuvat tiiminä sen täysipainoiseen toteuttamiseen hyödyntäen kukin omaa osaamistaan.

Muistikuntoutus on tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa ja sen toteuttamiseen osallistuvat kaikki muistisairaana henkilön arkeen kuuluvat henkilöt ja tahot. Heillä tulee olla ajantasaista tietoa muistisairauksista, muistisairaana elämästä ja taustasta sekä nykytilanteesta. Olennaista on kiireetön, välitön kohtaaminen, aikaresurssit sekä arkirutiinien säilyminen ja jatkuvuus.

6.4 Kuntoutustyöntekijöiden osaaminen ja haasteet muuttuvassa kotihoidossa

Keväällä 2018 kartoitettiin Keski-Suomen alueella toimivien kuntoutustyöntekijöiden osaamista ja tilannetta kuntien kotihoidossa osana Kukoistava kotihoito -hanketta (Pikkarainen & Janhunen 2018). Kartoitukseen vastasi 33 kuntoutustyöntekijää (97 % kaikista kotihoidon kuntoutustyöntekijöistä). Heistä fysioterapeutteja oli 22, toimintaterapeutteja viisi ja muita eri alojen edustajia kuusi (sosionomi, geronomi, kuntoutukseen ja/tai vanhustyöhön erikoistuneet lähihoitajat).

Kuntoutustyöntekijät kuvasivat nykyistä osaamistaan vahvaksi kotihoidon asiakastyössä sekä viestintä- ja vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Samanaikaisesti ohjaus- ja neuvontatyö sekä yhteisistä sopimuksista kiinni pitäminen olivat haastavia kotihoitotyössä toimivien muiden työntekijöiden kanssa. Osa vastaajista koki saavansa hyvää tukea esimieheltään ja työyhteisöltään, mutta osa koki olevansa yksin kotihoidon kentällä ilman selkeää näkemystä, mihin työssä tulisi keskittyä. Erityisesti oman työyksikön organisoinnista sekä johtamis- ja päätöksenteon käytännöistä tarvittiin lisää tietoa. Viestinnän ja kirjaamisen osalta myös hoito- ja palvelusuunnitelmien lukeminen, niihin kirjaaminen ja moniammatillisesti asiakkaiden tavoitteista keskustelu eivät toteutuneet kaikkien kuntoutustyöntekijöiden arjessa. Noin 40 % vastaajista koki työssä jaksamisensa tyydyttäväksi tai heikoksi ja kolmannes viihtyi työssään tyydyttävästi tai heikosti.

Vastaajat ilmoittivat keskeisiksi kehittämistarpeikseen kotihoitoon tarvittavat sisällölliset erityistarpeet (mm. muistikuntoutus, akuuttitilanteiden hallinta, ergonomia ja lääkehoito), yhteistyöhön liittyvät tarpeet (mm. ohjaustyö, neuvonta, viestintä ja yhteinen kirjaaminen) sekä työhön liittyvät hallinnolliset haasteet (mm. työkuvan määrittely, selkiyttäminen ja rajaaminen). Oman työnsä kehittämiseen ja kotihoidon kuntoutusta edistävän muutoksen eteenpäin viemiseen vastaajat suhtautuivat myönteisesti, mutta näihin tarvittiin kaikkien yhteistä sitoutumista ja innostumista sekä vahva johdon tuki.

Yhteenvedona voidaan todeta, että uudet kuntoutustyöntekijät kotihoidossa ovat monien haasteiden edessä niin organisaatioiden rakenteellisten kuin työn sisällöllisten tekijöiden osalta. Yksin uutena työntekijä työskentely usein hyvin rutinoituneissa ja vakiintuneissa tiimeissä vaatii työntekijältä luovuutta, rohkeutta ja pitkäjänteisyyttä. Kotihoidon kuntouttavaa työtä tulisi loogisen esimiestyön, läpinäkyvän päätöksenteon sekä kollegiaalisen yhdessä tekemisen kulttuurin vahvasti tukea.

6.5 Henkilöstön ja organisaation kehittäminen kotihoidossa

Uuden toimintamallin systemaattinen käyttöönotto kotihoidon kentällä vaatii tiedottamista ja markkinointia sekä kotihoidon asiakkaille että heidän läheisilleen ja myös yleisesti alueen asukkaille ja verkostoille. Alkuvaiheessa koko kotihoidon henkilöstön tulee perehtyä toimintamalliin ja sitoutua sen toteuttamiseen sovitusti. Tällä varmistetaan asiakkaan toimintakyvyn tukemisen koko kuntoutusprosessin ajan ja toiminta on sekä asiakkaan että organisaation kannalta tuloksellista ja vertailukelpoista. Kotihoidon kuntoutusammattilaisten rooli tehostetun kotikuntoutusjakson aikana on seurata asiakkaan toimintakyvyn muutosta ja edistymistä, tavoitteiden toteutumista sekä ohjata muuta henkilöstöä toimintakyvyn tukemisessa. Tehostetun kotikuntoutusjakson toteuttaminen asiakaslähtöisesti, suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti edellyttää riittävästi sekä henkilöstö- että aikaresursseja sekä kuntoutusosaamista.

Sosiaali- ja terveysalan ja palvelurakenteiden uudistus vaatii, että myös kuntoutuspalvelujen tulee toimia uudella tavalla. Muuttuvat palvelurakenteet edellyttävät kotihoidon työntekijöiltä kokonaan uudenlaista osaamista, jotta muutoksiin voidaan vastata niin rakenteiden kuin myös asiakkaiden tarpeiden osalta. Kotikuntoutuksessa korostuvat toimijuus ja arjen toimintaympäristö, jotka tulee osata ottaa käyttöön siten, että kotona asuminen ja eläminen toimivat kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtina. (Pikkarainen ym. 2017). Uudet palvelurakenteet edellyttävät kotihoidon henkilöstöltä tiimityöskentelytaitoja, asiakasprosessien tuntemista sekä monialaisen yhteistyön omaksumista, kun työskennellään monilaisten palvelujen liittymäpinnoilla. Asiakaslähtöisen tavoitteellisen toimintatavan omaksuminen korostaa entistä enemmän asiakkaan oikeuksia ja

valinnanvapautta oman hoitonsa ja hoivansa suhteen. Kotihoidon asiakastyön tuloksellinen toteuttaminen sote-järjestelmän muutosten keskellä vaatii kaikilta yhteisiä suuntaviivoja sekä toimintatapoja.

Käytännön kotihoidon kentällä ikääntyneiden hoitoa, hoivaa ja kuntoutusta ei voi erotella toisistaan, vaan ne kaikki asettuvat päällekkäin aiheuttaen vahvaa keskustelua eri ammattilaisten työnjaosta. Tärkeintä on kuitenkin muodostaa palvelujen ja tukimuotojen eheä kokonaisuus, jolla voidaan vastata ikääntyneen asiakkaan tarpeisiin ja tukea hänen toimintakykyään. Ikääntyneen asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tulee olla koordinoitu kokonaisuus, joka huomioi asiakkaan kokonaistilanteen. (Pikkarainen 2013).

Jos brittiläistä lähestymistapaa (Ebrahimi & Chapman 2018) verrataan nykyiseen suomalaisen kotihoidon työtapaan, se tarkoittaa varhaista puuttumista, ennakointia ja myös riittäviä henkilöstöresursseja suhteessa ikääntyneisiin kansalaisiin esimerkiksi kunnan ja maakunnan alueella. Ruotsissa esimerkiksi laskennallinen periaate on jossain vaiheessa ollut yksi toimintaterapeutti ja yksi fysioterapeutti jokaista 600 yli 65-vuotiasta asukasta kohden (Niskanen 2018). Toisaalta kansalaisten kronologisen iän sijaan tulisi käyttää näissä laskelmissa enemmän kansalaisten toimintakykyisyyttä arjessaan.

Laatusuositus (2017) esittää, että kuntoutukseen investoidaan panostamalla henkilöstön koulutukseen. Kotihoidon henkilöstön osaaminen vaatii vahvistamista etenkin kuntoutussuunnitelmien tekemisessä, tavoitteellisen kuntoutuksen seurannassa sekä siinä, että kotihoidon työntekijät tunnistavat omassa työssään kuntoutuksen mahdollisuudet asiakkaiden kohdalla. Kuntoutustarve tulee arvioida aina, ennen kuin tehdään päätös asiakkaan tarvitsemista tukipalveluista. (Kehusmaa ym. 2017b). Käytännön tasolla kotihoidon kuntouttavan toiminnan kehittäminen riippuu siitä, miten työ organisoidaan ja miten vastuita jaetaan kotihoidon kentällä. Autti-Rämön (2016) mukaan tutkimuksilla voidaan osoittaa, että kuntoutuksen vastuutyöntekijän nimeäminen kuntoutustavoitteiden seurantaan tukee kotihoidon kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevaa työskentelytapaa.

LÄHTEET

- Anttila, H., Kokko, K., Hiekkala, S., Weckström P. & Paltamaa, J. (2017) Asiakaslähtöinen Toimintakyyni-sovel-lus. Kehittäminen ja käytettävyytutkimus. Työpapereita 119. Helsinki, Kela. Viitattu 25.10.2018. <http://hdl.handle.net/10138/187061>
- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R.G. (2016) New horizons: Reablement-suppor-ting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5): 574-578.
- Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. (2016) Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salmi-nen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki, Duodecim, 14-17.
- Ebrahimi, V. (2018) Reablement. Shifting minds. Teoksessa V. A. Ebrahimi & H. M. Chapman (toim.) Reablement services in health and social care. Lontoo, MacMillan Publishers, 1-36.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M., Pietilä, M., Savikko, N., Kautiainen, H., Tilvis, R.S. & Pit-kälä, K.H. (2009) Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *Journal of the American Geriat-rics Society*, 57(12): 2200-2208.
- Groop, J. (2014) Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kus-tannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu 1. (2014) Helsinki, Suomen Kuntaliitto. Helsinki, Kuntaliitto. shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/kotihoito_groop_ebook.pdf
- Hakala, A-M. (2018) Keskitetty alueellinen asiakas- ja palveluohjaus (KAAPO). Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Jyväskylä, Kukoistava kotihoito -hanke, 41-47. Viitattu 3.11.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoista-va-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>
- Janhunen E., Paltamaa J. & Pikkarainen A. (2018a) Kuntouttava arviointijakso. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Jyväskylä, Kukoistava kotihoito -hanke, 49-54. Viitattu 3.11.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoista-va-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>
- Janhunen E., Juntunen, K., Paltamaa J. & Pikkarainen A. (2018b) Tehostettu kotikuntoutus. Teoksessa Ku-koistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Jy-väskylä, Kukoistava kotihoito -hanke, 60-63. Viitattu 3.11.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/up-loads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>
- Janhunen, E., Paltamaa, J. & Pikkarainen, A. (2018c) Kukoistava kotihoito -hankkeen työpajat ja kuntatapaami-set 2017–2018. Suullinen tieto.
- Jokela, L., Ikonen, M., Juntunen, K., Tiikkainen, P & Janhunen E. (2018) Muistikuntoutus. Teoksessa Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Jyväskylä, Ku-koistava kotihoito -hanke, 64-67. Viitattu 11.11.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

- Juntunen, K., Salminen, A., Törmäkangas, T., Tillman, P., Leinonen, K. & Nikander, R. (2018) Perceived Burden among Spouse, Adult Child and Parent Caregivers. *Journal of advanced nursing*, DOI: 10.1111/jan.13733
- Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. (2017a) Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoi-
van tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti 17. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.10.2018.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/135118>
- Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. (2017b) Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava.
Tutkimuksesta tiiviisti 20. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.10.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-901-9>
- Kehusmaa, S., Marjeta, N., Mielikäinen, L. & Hynynen, R. (2018) Päätökset ikäasumisen ratkaisuisista puuttuvat
vielä kunnista. Tutkimuksesta tiiviisti 25, syyskuu 2018. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-161-4>
- Kehusmaa, S., Vainio, S., Mäkelä, M., Gerasin, A., Luoma, M-L., Hammar, T., Jokinen, S., Alastalo, H., Sarivaara,
S. & Erhola, K. (2016) Keski-Suomen alueprofiili. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaike-
nikäisten omaishoitoa. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.11.2018. <https://docplayer.fi/68200397-Keski-suomen-alueprofiili-kehitetaan-ikaihminen-kotihoito-ja-vahvistetaan-kaikenikaisen-omaishoitoa-stm-sari-kehusmaa.html>
- Keski-Suomen ikäihmisten palvelujen järjestämissuunnitelma vuonna 2020. Keski-Suomen SOTE2020 -hanke.
Viitattu 28.10.2018. [https://www.jkl.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvas-
kylawwwstructure/82192_valmis_Tuija_Ehdotus_Keski-Suomen_vanhuspalvelujen_jarjestamissuunnitel-
masta.pdf](https://www.jkl.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvas-
kylawwwstructure/82192_valmis_Tuija_Ehdotus_Keski-Suomen_vanhuspalvelujen_jarjestamissuunnitel-
masta.pdf)
- Koivisto, T. (2018) I&O Muutosagentti Keski-Suomi. Jyväskylän kaupunki. Henkilökohtainen tiedonanto sähkö-
postitse 17.5.2018.
- Krokkfors, L., Kangas, M., Kopisto, K., Rikabi-Sukkari, L., Salo, L. & Vesterinen, O. (2015) Yhdessä. Luovasti. Op-
pien. Opetuksen ja oppimisen muutos 2016. Opettajankoulutuslaitos. Helsinki, Helsingin yliopisto. Viitattu
5.11.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201510223765>
- Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, JM. (2018) Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö
pohjoismaisessa vertailussa. YFI-julkaisu 6. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 25.10.2018. [https://jyx.
juu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://jyx.
juu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kulmala, J. (2017) (toim.) Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä, PS-kustannus.
- Kukoistava kotihoito. (2016) Keski-Suomen ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus. Hanksuunni-
telma 7.9.2016. Viitattu 16.10.2018. [http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-koti-
hoito-hanksuunnitelma.pdf](http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-koti-
hoito-hanksuunnitelma.pdf)
- Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa.
(2018) Jyväskylä, Kukoistava kotihoito -hanke. Viitattu 24.10.2018. [http://www.ks2021.fi/wp-content/up-
loads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf](http://www.ks2021.fi/wp-content/up-
loads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf)
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. (2017) Sosiaali- ja
terveysministeriön julkaisuja 2017:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Lehtelä, B. (2016) Esimiestyö kotihoidossa. Lähijohtaminen ja osaamistarpeet. Yhteiskuntatieteiden ja kulttuu-
ritieteiden yksikkö /Pori, Pro gradu -tutkielma. Tampere, Tampereen yliopisto. Viitattu 25.10.2018. [https://
tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99999/GRADU-1478529727.pdf?sequence=1](https://
tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99999/GRADU-1478529727.pdf?sequence=1).
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula,
A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigs-
dotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. (2015) A 2 year multidomain
intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent
cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385: 255–2263.

- Niskanen, S. (2018) Arkikuntoutuksen toteutuminen Pohjoismaissa. *Toimintaterapeutti* 37(3), 15–17.
- Oswald, F. & Wahl, H-E. (2013) Creating and sustaining homelike places in residential environments. Teoksessa G. D. Rowles & M. Bernard (toim.) *Environmental gerontology*. New York, Springer Publishing, 53–77.
- Paltamaa J. (2014) WHODS 2.0: Terveiden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjan osat 2 ja 3. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 186. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Paltamaa, J. (2018) Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 251. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.1.2018. <https://www.theseus.fi/handle/10024/153178>
- Peiponen, A., Kristensen, M., Arvo, T., Tolkki, P., Pekkanen, M. & Kara H. (2016) Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus -projekti Etelän palvelualueella 2013–2015. Loppuraportti. Tutkimuksia ja raportteja 3. Helsinki, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto. Viitattu 25.10.2018. <https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf>
- Pikkarainen, A. (2013) Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja: OSA 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.10.2018. URN:ISBN:978-951-830-285-1
- Pikkarainen, A. (2007) Ympäristö. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki, Edita, 41-68.
- Pikkarainen, A., Immonen, M. & Sihvonen, S. (2017) Monialaista yhteistyötä ja syventävää osaamista kuntoutusalan erikoistumiskoulutuksilla. *Kuntoutus 1*, 2017.
- Pikkarainen, A. & Janhunen, E. (2018) Kotihoidossa työskentelevien kuntoutustyöntekijöiden osaaminen. Teoksessa *Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa*. Jyväskylä, Kukoistava kotihoito -hanke, 27-28. Viitattu 25.10.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>
- Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, A. (2016) Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Helsinki, Duodecim, 176–191.
- Pitkälä, K. (2010) Kuntoutus muistisairauksissa. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01641>
- Pulkki, J. (2012) Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. *Terveystieteiden yksikkö. Acta Universitatis Tampereensis 1703*. Tampere, Tampereen yliopisto. Viitattu 25.10.2018. <http://www.acta.uta.fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016) Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.10.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3823-6>
- Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Helsinki, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 6.11.2018. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Tammi, E-L., Groop, J., Mulari, M., Kaarnasaari, A. & Leskelä, R-L. (2018) Johdanto ja tausta. Teoksessa *Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa*. Jyväskylä, Kukoistava kotihoito -hanke, 6-17. Viitattu 25.10.2018. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>
- Tepponen, M., Klemola, K. & Villikka, M. (2017) Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöine asumisen tuki. *Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68. Helsinki, Valtioneuvosto.

- THL (2018a) Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät, henkilöstö ja johtaminen 2018. Vanhuspalvelujen seurantatutkimuksen toimintayksikkökyselyn tuloksia. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/-/kotihoiton-asiakasmaarien-kasvu-kiihtyy-seuraako-laatu-mukana>
- THL (2018b) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus - asiantuntija-arvio, kevät 2018. THL- Päätösten tueksi -julkaisu 8. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136034>
- Tiikkainen, P. & Juntunen, K. (2018) Kukoistava kotihoito. Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 253. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-503-6>
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2016) Hva er hverdagsrehabilitering? Teoksessa H. Tuntland & N.E. Ness. (toim.) Hverdagsrehabilitering. 3. painos. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. (2012) Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 48. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.10.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90875/URN_ISBN_978-952-245-688-5.pdf?sequence=1

Liite 1. Aineistonkeruun muuttujaluettelo

Keski-Suomi
2020



jamk.fi
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

1.4.2018 / JP (FINAL)

Kukoistava kotihoito: Kuntouttava arviointijakso

– Excel –taulukon täyttöohjeet ja muuttujaluettelo

Aineisto kerätään huhtikuun 2018 aikana (1.4.-30.4.2018) kaikista uusista palveluohjaukseen yhteyttä ottaneista asiakkaista. Tiedot kerätään koko ajalta eli yhteydenottopäivästä siihen asti kunnes 4 viikon kuntouttava arviointijakso päättyy - tai jos kuntouttava arviointijakso ei ala, niin siihen päivään asti, kun päätös tästä tehdään.

Tiedot kerätään **nimettömänä**, jolloin ensimmäisen yhteydenoton saanut henkilö (asiakasohjaaja, tms.) koodaa henkilön juoksevaa numeroa käyttäen (esimerkiksi Uurainen01). Tätä koodia käytetään koko ajan Excel-tiedostossa ja toteutuslomakkeessa. Ko. ensimmäisen yhteydenoton saanut henkilö on vastuuhenkilö, jolla tulee olla tiedot käyttämistään koodeista ja niitä vastaavista henkilöistä.

Tiedot kerätään Excel-tiedostossa, jossa on neljä eri välilehteä:

- I. Asiakkaaksi tulo (välilehdestä on myös pdf-versio)
- II. Alkukartoitus ennen kuntouttavaa arviointijaksoa
- III. Suunnitelma ja toteutus
- IV. Loppuarviointi ja päätökset

Excel -ikkunan alareunassa on taulukonvalitsin, jota napauttamalla pääset liikkumaan välilehtien välillä. Aloita välilehdestä I.

Lisäksi lopussa on välilehti ”**Kommentit**” vapaamuotoisia kommentteja varten.

Palauta sähköpostissa saamiesi ohjeiden mukaisesti.

Täyttöohjeet:

Kun avaat Excelin

- o ylhäällä keltaisella lukee että ”**SUOJATTU NÄKYMÄ. jne**”
- o Valitse Ota muokaus käyttöön

Tallenna tyhjä tiedosto kuntakohtaisesti sovitusti (esimerkiksi I-asema, tms.) omalle nimelle käyttäen kehittämiskoordinaattorin kanssa sovittua koodiavainta.

Muuttujat näkyvät välilehden riveillä 1-13 ja joka välilehdellä rivillä 15 on esimerkki.

- o Muuttujat ovat kiinnitettyjä, eli näkyvät (vaakaviivasta alaspäin) koko ajan lomaketta alaspäin vieritettäessä.
- o siirry välilehdellä oikealle joko nuolinäppäimellä tai alareunassa olevaa palkkia vierittämällä.
- o Samaan teeman liittyvät kysymykset on merkitty väreillä.
- o Kaikki muuttujat näkyvät myös tässä tiedostossa.

Jokainen uusi asiakas lisätään omalle rivilleen (numeroitu 1 eteenpäin) rivistä 16 lähtien.

Kustakin asiakkaasta käytetään omaa koodia (ei henkilön nimeä eikä sotua)

- o koodi = [kunta tai kunta ja työntekijän nimikirjaimet] ja [numero 01] eteenpäin (esimerkiksi Uurainen01, Uurainen02, jne tai SaarijärviTK01, SaarijärviTK02, jne).
(koodit sovitaan kehittämiskoordinaattorin kanssa)
- o uuden asiakkaan koodi tulee välilehdelle I (asiakkaaksi tulo) kahden oranssin viivan väliin
- o tämä koodi siirtyy automaattisesti välilehtien II-IV "uusi asiakas (koodi)" kohtaan.
- o huom. älä muuta sitä: eri välilehtien samalla rivillä tulee AINA olla saman asiakkaan koodi ja tiedot.

Yleiset täyttöohjeet:

- Mikäli Excelin ko. solussa on punainen kolmio,
 - o napsauta ko. solua
 - o solun vierestä oikealta löytyy alaspäin oleva kolmio – napsauta sitä niin näet pudotusvalikon
 - o valitse pudotusvalikosta sopivin vaihtoehtoja
 - o jos valintasi on *muu, mikä tai *muu, kuka, niin kirjoita vastauksesi seuraavaan soluun
- Muuten napsauta tyhjänä olevaa solua ja kirjoita vastauksesi
 - o esimerkiksi jos asiakkaasi on 75 vuotias, niin kirjoita 75 kohtaan Ikä (vuotta)
- Päivämäärä syötetään pisteen avulla, kirjoita myös vuosiluku. **Piste tulee sekä päivän että kuukauden jälkeen (17.4.2018).**
- Jos huomaat virheitä kirjoittamassasi tekstissä
 - o napsauta ko. solua - näin saat sen aktiiviseksi
 - o kirjoitusvirheitä voit korjata ylhäällä olevalla kaavarivillä
 - o napsauta hiirellä kaavarivillä korjattavaa kohtaa. Nyt voit liikkua nuolinäppäimillä vasemmalle ja oikealle ja tehdä korjauksia ja lisäyksiä.
- Voit kirjoittaa tekstiä sen verran kuin näet tarpeelliseksi.
- Kaavarivillä näkyy myös pudotusvalikossa olevien pitkien muuttujien koko tekstit.
- Jätä solu tyhjäksi, jos sinulla ei ole vastausta / tietoa ko. kohtaan.
- Rivit on kopioitu riville 100 asti (85 uutta asiakasta). Voit tarvittaessa kopioida lisää rivejä.

Tiedustelut ja tuki:

- **Jaana Paltamaa**, erikoissuunnittelija JAMK, jaana.paltamaa@jamk.fi, GSM 050 5365459
 - o vko 14-15
- **Eija Janhunen**, KuKo kehittämiskoordinaattori, eija.janhunen@jkl.fi, GSM 050 3297691
 - o VKO 15 ->
- **Aila Pikkarainen**, asiantuntija JAMK, aila.pikkarainen@jamk.fi, GSM 040 7604316
 - o VKO 15 ->

Muuttujaluettelo (kuntouttava arviointijakso)

I Asiakkaaksi tulo

sarake **nimi**

A **Asiakkaan numero** (ko. tiedostossa juokseva numero 1 eteenpäin)

B **Kotihoitoyksikkö**

Missä kotihoitoyksikössä työskentelet (pudotusvalikko)

- Hankasalmen kotihoito
- Joutsan kotihoito
- Jyväskylän kotihoito
- Jämsän kotihoito
- Keuruun kotihoito
- Konneveden kotihoito
- Laukaan kotihoito
- Luhangan kotihoito
- Multian kotihoito
- Muuramen kotihoito
- Petäjäveden kotihoito
- Pihtiputaan kotihoito
- Saarikan kotihoito
- Toivakan kotihoito
- Uuraisten kotihoito
- Viitasaaren kotihoito
- Äänekosken kotihoito

C **Uusi asiakas** (koodi edellä olevien ohjeiden mukaisesti)

D **Keneen otti yhteyttä** (kirjoita ammattinimike)

E **Yhteydenoton päivämäärä** (päivä.kuukausi.vuosi) – esimerkiksi 17.4.2018.

F **Yhteydenottaja**

Kuka otti yhteyttä (pudotusvalikko)

- asiakas itse
- puoliso
- lapsi
- ystävä, naapuri, tms.
- sote-ammattihenkilö
- joku muu, kuka* (kirjoita H-sarakkeeseen)

G **Yhteydenoton tapa**

- puhelin
- paikan päällä
- muu, mikä * (kirjoita H-sarakkeeseen)

H *joku muu yhteydenottaja / tapa

Jos valitsit edellä F-sarakkeeseen "joku muu, kuka" tai G-sarakkeeseen "muu, mikä", niin kirjoita yhteydenottaja ja/tai tapa tähän (huom. yleisesti, ei henkilön nimeä)

I Yhteydenoton syy (luokiteltuna)

Valitse parhaiten sopiva syy (pudotusvalikosta)

- arkisuoriutuminen vaikeutunut
- sairaus / loukkaantuminen
- yksittäinen toimenpide, esimerkiksi silmätipat
- yksinäisyys
- apuvälineet, kodinmuutostyöt
- lääkitys
- muu syy

J Syy vapaasti kirjoitettuna

Kuvaile yhteydenoton syytä vapaasti kirjoitettuna

Sarakkeissa K – R kysytään yleisiä perustietoja asiakkaasta (huom. ilman nimeä)

K Ikä (vuotta)

Kirjoita ikä kokonaislukuna, esimerkiksi 75

L Sukupuoli

valitse pudotusvalikosta

- nainen
- mies

M Kotikunta

Valitse pudotusvalikosta

- Hankasalmi
- Joutsa
- Jyväskylä
- Jämsä
- Kannonkoski
- Karstula
- Keuruu
- Kinnula
- Kivijärvi
- Konnevesi
- Kyyjärvi
- Laukaa
- Luhanka
- Multia
- Muurame
- Petäjävesi
- Pihtipudas

- Saarijärvi
- Toivakka
- Uurainen
- Viitasaari
- Äänekoski

N Asumismuoto

Valitse pudotusvalikosta

- yksin
- puolison kanssa
- lasten kanssa
- muu, mikä*

O *muu, mikä

Jos valitsit edellä "muu, mikä", niin kirjoita mikä asumismuoto on.

P Asunto

Valitse pudotusvalikosta

- kerrostalo, hissi on
- kerrostalo, ei hissiä
- rivitalo
- omakotitalo
- muu, mikä*

Q *muu, mikä

Jos valitsit edellä "muu, mikä", niin kirjoita asumismuodosta

R Omaishoitaja

Onko asiakkaalla omaishoitaja, valitse pudotusvalikosta kyllä/ei

- kyllä
- ei

Kirjaa yhteydenoton jälkeen tehdyt toimenpiteet (kyllä/ei).

S Päätös kuntouttavan arviointijakson alkukartoituksen aloittamisesta.

- kyllä
- ei

Täytä alkuarvioinnin tiedot välilehdelle II.

T Tarpeellisten kiireellisten palveluiden aloittaminen

- kyllä
- ei

U Jos aloitetaan palvelu(t), niin kirjoita mikä / mitkä palvelut aloitetaan.

II Alkukartoitus ennen kuntouttavaa arviointijaksoa

Välilehdellä kysytään ennen kuntouttavaa arviointijaksoa tehdyn alkukartoituksen tietoja. Voit täyttää niitä eri järjestyksessä kuin mitä ne ovat lomakkeessa. Myös eri ammattilaiset voi täyttää tietoja, mutta sopikaa vastuunjaosta kotihoidon työntekijöiden kesken.

sarake nimi

A **asiakkaan numero** (juokseva numero 1 eteenpäin)

Huom. samalla asiakkaalla sama numero kuin välilehdellä 1

B **Uusi asiakas** (koodi siirtyy välilehdeltä 1)

Sarakkeisiin C – G täytetään asiakaslähtöisesti tehdyn WHODAS 2.0 arvioinnin ydinkysymysten vastaukset ja sarakkeessa H lasketaan ydinkysymysten pisteet yhteensä

Huom. tieto arvioitavan kohdan vaikeudesta tulee olla vastaajan arvioimana

Huom. Vastaaja voi olla asiakas tai hänen läheisensä, joka arvioi vaikeuden sanomalla lomakkeessa olevan vastausvaihtoehdon.

Huom. Ammattilainen ei saa itse päätellä, että mikähän se vastausvaihtoehto olisi.

Kysymyksissä (sarakeet C-F) halutaan tietää, kuinka vaikeaa asiakkaan on ollut....

Pyri muotoilemaan kysymyksesi ymmärrettävästi.

Esimerkiksi: Mieti, että sinun pitää seisoa pidempään, esimerkiksi 20 minuuttia. Arvioi, kuinka vaikeaa se on sinulle ollut asteikolla: ei lainkaan, hieman, kohtalaisen, huomattavan tai erittäin vaikeaa jolloin et ole pystynyt sitä tekemään.

C Seistä pidempään, esimerkiksi 30 minuuttia?

Valitse vastausvaihtoehto pudotusvalikosta

- (0) Ei lainkaan vaikeaa
- (1) Hieman vaikeaa
- (2) Kohtalaisen vaikeaa
- (3) Huomattavan vaikeaa
- (4) Erittäin vaikeaa tai en pystynyt

D Hoitaa kotityöt?

Valitse vastausvaihtoehto pudotusvalikosta

- (0) Ei lainkaan vaikeaa
- (1) Hieman vaikeaa
- (1) Kohtalaisen vaikeaa
- (2) Huomattavan vaikeaa
- (2) Erittäin vaikeaa tai en pystynyt

E Oppia uutta, esimerkiksi löytää reitti uuteen paikkaan?

Valitse vastausvaihtoehto pudotusvalikosta

- (0) Ei lainkaan vaikeaa
- (1) Hieman vaikeaa
- (2) Kohtalaisen vaikeaa
- (3) Huomattavan vaikeaa
- (4) Erittäin vaikeaa tai en pystynyt

F Osallistua tapahtumiin (esim. juhliin tai muihin tilaisuuksiin) samaan tapaan kuin muut ihmiset?

Valitse vastausvaihtoehto pudotusvalikosta

- (0) Ei lainkaan vaikeaa
- (1) Hieman vaikeaa
- (1) Kohtalaisen vaikeaa
- (2) Huomattavan vaikeaa
- (2) Erittäin vaikeaa tai en pystynyt

G Kysy, kuinka paljon terveydentilasi on vaikuttanut tunteisiisi?

Valitse vastausvaihtoehto pudotusvalikosta

- (0) Ei lainkaan
- (1) Hieman
- (2) Kohtalaisesti
- (3) Huomattavasti
- (4) Erittäin paljon

H **WHODAS 2.0 ydinkysymysten pisteet (0-16 pistettä)**

Laske vastausvaihtoehtojen edessä olevat luvut yhteensä.
Kirjoita summa.

WHODAS 2.0 ydinkysymysten päivämäärä sekä vastaajan ja työntekijän tiedot täytetään sarakkeisiin I - K.

I **Milloin WHODAS 2.0 ydinkysymykset kysyttiin?**

Kirjoita päivämäärä (päivä.kuukausi.vuosi) – esimerkiksi 17.4.2018

J **Kuka vastasi?**

Valitse pudotusvalikosta

- ikäänäntävä
- läheinen

K **Kuka työntekijä keräsi tiedot?**

Kirjoita WHODAS 2.0 ydinkysymysten esittäneen työntekijän ammatti (esimerkiksi asiakasohjaaja, fysioterapeutti). Huom.: ei nimeä.

Sarakkeet L – M koskevat koko WHODAS 2.0 -kyselyn tekemistä.

L Jos on tehty WHODAS 2.0 12- tai 36- kysymyksen versio, niin valitse mikä versio ja miten täytetty.

Valitse pudotusvalikosta.

- 12 - asiakkaan haastattelu
- 12 - asiakkaan täyttämänä
- 12 - läheisen tekemä arvio
- 36 - asiakkaan haastattelu
- 36 - asiakkaan täyttämänä
- 36 - läheisen tekemä arvio
- ei ole tehty

M Laske IRT-pisteet ja kirjoita luku

IRT-pisteiden laskemisesta on erilliset ohjeet.

Sarakkeissa N – AA kysytään moniammatilliseen alkuarviointiin osallistuneista ammattilaista.

Ammattihenkilö (asiakasohjaaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, muistikoordinaattori/-ohjaaja, joku muu, lisää kuka)

Kyllä/ei pudotusvalikosta.

Päivämäärä (päivä.kuukausi.vuosi – esimerkiksi 17.4.2018).

AB Miten moniammatillinen arviointi toteutettiin

Valitse pudotusvalikosta pääasiallinen moniammatillisen arvioinnin toteutustapa / ei moniammatillista arviointia.

- erilliset käynnit
- yhteiskäynti asiakkaan luona
- yhteydenpito puhelimella
- yhteydenpito sis.sähköpostilla/tietojärjestelmällä
- ei moniammatillista arviointia

Sarakkeissa AC – AB kysytään ennen kuntouttavaa arviointijaksoa tehdyn alkukartoituksen sisällöstä.

AC Ohjaus (onko joku alkukartoitukseen osallistunut tehnyt).

Valitse pudotusvalikosta "toteutettu kyllä/ei"

AD Lääkitys (onko joku alkukartoitukseen osallistunut tarkistanut).

Valitse pudotusvalikosta "toteutettu kyllä/ei"

AE Apuvälineet (onko joku alkukartoitukseen osallistunut tarkistanut).

Valitse pudotusvalikosta "toteutettu kyllä/ei"

AF Kotikäynti (onko joku alkukartoitukseen osallistunut tehnyt).

Valitse pudotusvalikosta "toteutettu kyllä/ei"

Sarakkeissa AG - AK kysytään ennen kuntouttavaa arviointijaksoa tehdyn alkukartoituksen aika tehtyjä toimintakyvyn arviointimenetelmiä (muut kuin WHODAS 2.0, joka täytetään sarakkeisiin L-M) ja niiden tuloksia.

Luettele tehdyt toimintakyvyn alkuarvioinnit: **Arviointimenetelmän nimi (tulos)**

Sarakkeissa AL – AR kysytään alkukartoituksen jälkeen tehdystä päätöksestä.

AL Milloin päätös tehtiin
päivä.kuukausi.vuosi – esimerkiksi 17.4.2018.

AM Aloitetaanko kuntouttava arviointijakso

Valitse pudotusvalikosta:

- kyllä
- ei

AN Yksilöi kuntouttava arviointijakson aloittava kunta/tiimi:
Kirjoita kunta / alue / kotihoitotiimi.

AO Onko henkilölle nimetty omahoitaja / vastuutyöntekijä?

Valitse pudotusvalikosta:

- kyllä
- ei

AP Kirjoita vastuuhenkilön ammattinimike (ei työntekijän nimeä).

AQ Jos kuntouttavaa arviointijaksoa ei aloitettu

Valitse syy pudotusvalikosta:

- ei kuntoutuspotentiaalia
- asiakas ei halua
- omainen ei halua
- tehostetun kotikuntoutuksen tarve
- yksittäisen palvelun tarve*
- resurssien vähäisyys, miksi*
- siirretään myöhemmäksi (esim. infektio yms)
- joku muu syy, mikä*

AR Jos valitsit edellä "muu, mikä", niin kirjoita syy mikä tai miksi

III Suunnitelma ja toteutus

sarake nimi

A asiakkaan numero (juokseva numero 1 eteenpäin)

Huom. samalla asiakkaalla sama numero kuin välilehdellä 1

B Uusi asiakas (koodi siirtyy välilehdeltä 1)

Sarakkeissa C – F kysytään suunnitelman laatimisesta:

C Milloin suunnitelma on laadittu

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 17.4.2018

D Onko asiakkaan kanssa yleensä tehty tavoite

Valitse pudotusvalikosta:

- kyllä
- ei

E Kirjoita asiakkaan kanssa sovittu kokonaistavoite

F Onko asiakkaan kanssa tehty GAS-tavoitteet:

Valitse pudotusvalikosta:

- kyllä
- ei

G Jos on tehty GAS-tavoitteita, niin

kirjoita ensimmäinen GAS-tavoite.

H Milloin kuntouttava arviointijakso alkoi

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 17.4.2018

I Kuntouttavan arviointijakson suunniteltu päättymispäivä

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 9.5.2018

J Keskeytetiinkö jakso:

Valitse pudotusvalikosta:

- kyllä
- ei

K Jos keskeytettiin, niin milloin?

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 2.5.2018

L Jos kuntouttava arviointijakso jakso keskeytettiin, niin kirjoita syy

Esimerkiksi "siirtyi intervallihoidon", "asiakas ei ollut motivoitunut".

Jos jakso jatkuu uudella tavoitteella, niin

M Kirjoita syy miksi

N Kirjoita uuden jakson tavoite / GAS-tavoite

O Jakson päättymispäivä

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 9.5.2018

Sarakkeisiin M – S kootaan toteutustietoja jakson aikana asiakkaan kotona täytettävästä toteutuslomakkeesta. JAMK siirtää tiedot Excelliin.

Tiedot kirjataan jälkikäteen JAMK:in tutkijoiden toimesta.

Totutustietojen lomakkeesta on erilliset ohjeet.

Huom: siirry välilehdelle IV.

IV Loppuarviointi ja päätökset

sarake nimi

A asiakkaan numero (juokseva numero 1 eteenpäin)

Huom. samalla asiakkaalla sama numero kuin välilehdellä 1

B Uusi asiakas (koodi siirtyy välilehdeltä 1)

Sarakkeissa C - H kysytään kuntouttavan arviointijakson lopussa tehtyjä toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja niiden tuloksia.

C Jos on tehty WHODAS 2.0 12- tai 36- kysymyksen versio, niin valitse mikä versio ja miten täytetty.

Valitse pudotusvalikosta.

- 12 - asiakkaan haastattelu
- 12 - asiakkaan täyttämänä
- 12 - läheisen tekemä arvio
- 36 - asiakkaan haastattelu
- 36 - asiakkaan täyttämänä
- 36 - läheisen tekemä arvio
- ei ole tehty

D Laske IRT-pisteet ja kirjoita luku

IRT-pisteiden laskemisesta on erilliset ohjeet.

Sarakkeisiin E – I kirjataan loppuarvioinnissa tehtyjen muiden arviointimenetelmien nimet ja tulokset

Käytetyn arviointimenetelmän nimi ja tulos

Sarakkeisiin J – N kirjataan jakson päättymiseen liittyviä tietoja.

J Milloin tehtiin päätös jakson päättymisen jälkeen?

kirjoita "päivä.kuukausi.vuosi" – esimerkiksi 11.4.2018

K Ketkä osallistuivat päätöksentekoon?

Kirjoita kaikkien niiden henkilöiden ammatit, jotka osallistuivat päätöksentekoon.

L Mikä oli lopputulos / päätös

Valitse pudotusvalikosta

- kotona ilman palveluita
- saa apua/tukea omaiselta, läheiseltä, 3.sektorilta
- kotipalvelu (* tarkenna mitä)
- tukipalvelut (* tarkenna mikä/mitkä)
- koti- ja tukipalvelut (* tarkenna mikä/mitkä)
- kotisairaanhoido

M Tarkenna em. tähän tarvittaessa (kirjoita kommenttisi).

N Jos asiakkaalle tehtiin hoito- ja palvelusuunnitelma, niin kirjoita mikä.

Sarakkeisiin N - P kirjataan seurantasuunnitelma

O Milloin seuranta on suunniteltu tapahtuvaksi?

Valitse pudotusvalikosta.

- seuranta 3 kk
- seuranta 6 kk
- seuranta joku muu, mikä*
- ei seurantaa

P Jos valitsit edellä "muu, mikä", niin kirjoita milloin.

Q Kuka vastaa seurannan toteuttamista.

Valitse pudotusvalikosta.

- asiakasohjaaja
- fysioterapeutti
- toimintaterapeutti
- muistikoordinaattori
- joku muu, kuka*

R Jos valitsit edellä ”muu, mikä”, niin kirjoita kuka (ammattinimike).

Kommentit

Tälle välilehdelle voit kirjoittaa haluamiasi kommentteja esimerkiksi

- jostain poikkeavasta tilanteesta (älä käytä asiakkaisen / työntekijöiden nimiä)
- huomaamastasi kuntouttavan arviointijakson prosesseihin liittyvästä asiasta
- tms.

Kirjoita A sarakkeeseen nimikirjaimesi ja yksi kommentti yhdelle riville.

Liite 2. Kotikuntoutusjakson sisältö- ja toteutuslomake

KUNTOUTTAVAN ARVIOINTIJAKSON TOTEUTUSSUUNNITELMA – AINEISTONKERUU KEVÄÄLLÄ 2018. MERKITSE KERRAT (suunniteltu / toteutunut / päivä, 7 pv/viikko)

Asiakas nro	Tavoite:													
	Arviointimenetelmät: Mikä/milloin/tulos													
	I viikko							II viikko						
Kuka tekee, mitä tekee, miten usein, missä jne.	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Esimerkki: asiakas tekee jumpan, kesto 20 min, käsinojaton tuoli olohuoneessa, merkitse: toteutunut/suunniteltu	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	0/1	0/1							
Asiakas														
Omainen														
Aamukäynti (kotihoito)														
Päiväkäynti (kotihoito)														
Iltakäynti (kotihoito)														
(Yökäynnit)														
Muu taho, kuka														
YHTEENSÄ KAIKKI														

Kuka tekee, mitä tekee, miten usein, missä jne.	III viikko							IV viikko						
	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Asiakas														
Omainen														
Aamukäynti (kotihoito)														
Päiväkäynti (kotihoito)														
Iltakäynti (kotihoito)														
(Yökäynnit)														
Muu taho, kuka														
YHTEENSÄ KAIKKI														

Muistiinpanoja, tarkennuksia:



Keski-Suomi
2020

KUNTOUTTAVAN ARVIOINTIJAKSON TOTEUTUKSEN AINEISTON KERUU - OHJE TOTEUTUSTAULUKON TÄYTTÄMISEEN

ALOITUS:

- 1 Kirjoita asiakkaan numero ylös vasemmalle (esim. Muurame01 jne.), numeron saat aineiston keruusta vastaavalta kuntasi edustajalta. **Kenenkään asiakkaan nimeä tai sotua ei kirjoiteta hankkeen työntekijöille lopuksi lähetettävään lomakkeeseen.** Täyttövaiheessa voitte sopia asiakkaan nimen tai nimikirjainten käytössä omassa yksikössä, mutta se tulee poistaa aina ennen lomakkeen lähettämistä.
- 2 Seuraavaksi kirjoita asiakkaan kuntouttavan arviointijakson tavoite, jonka olette yhdessä määritelleet, sen voi kirjoittaa asiakkaan omin sanoin (esim. käyn päivittäin postilaatikolla, harjoittelen omatoimista kahvinkeitämistä, pesen suihkussa ylävartalon ja hiukset, otan lasillisen vettä aina ennen ruokailua, yritän löytää yhden iloisen asian jokaisesta päivästä). **Aineiston keruun kannalta on tärkeää, että merkkatte kaikenlaisia tavoitteita, jotta saamme monipuolisen kuvan arjen yksilöllisistä tavoitteista (HUOM: työntekijän tavoitteita ei kirjoiteta tähän)**

Jos olette käyttäneet jotain arviointimenetelmää arviointijakson alussa (mm. WHODAS, tuoliita ylösnousu, SPPB, COPM, koettu toimintakyky jne. merkkaa se tähän sekä päivämäärä, milloin se on tehty ja tulos – myös seuranta-arvioinneista vastaavat tiedot). **HUOM. arviointimenetelmän valinnan ja käytön tulisi liittyä jollain tavalla asetettuun tavoitteeseen, jotta siinä edistymistä voidaan seurata/mitata.**

KUNTOUTTAVAN ARVIOINTIJAKSON TOTEUTUSSUUNNITELMA – AINEISTONKERUU KEVA20							
1 Asiakas nro	Tavoite: 2						
	Arviointimenetelmät: Mikä/milloin/tulos						
Kuka tekee, mitä tekee, miten usein, missä jne.	I viikko						
	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Esimerkki: asiakas tekee jumpan, kesto 20 min, käsiinjaton tuoli olohuoneessa: merkitt:	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	0/1	0/1

TÄYTTÄMINEN:

- 3 Seuraavaksi kirjoitetaan jokaisen eri osapuolen sovitut tehtävät lomakkeeseen: eli kuka tekee, missä tekee, mitä tekee ja miten usein (ks. lomakkeen esimerkki) – tähän tulevat ne erilaiset keinot, joilla yhdessä pyritään asetettuun tavoitteeseen. Tila on pieni, mutta käyttää marginaalia tarvittaessa.

Kuka tekee, mitä tekee, miten usein, missä jne.	I viikko		
	Ma	Ti	Ke
Esimerkki: asiakas tekee jumpan, kesto 20 min, käsiinjaton tuoli olohuoneessa: merkitt: toteutunut/suunniteltu	1/1	0/1	0/1
Asiakas			
Omainen			
Aamukäynti (kotihoito)			

Esim. asiakas (Kerttu): joka aamu sängyn laidalla teen vähintään kaksi jumppaliikettä reisilihasten vahvistamiseksi –merkkaa viikonpäivän kohdalle toteutuiko (1/1) vai ei (0/1)

Omainen: tytär vie kaksi kertaa viikossa Kertun ulos avustaan rollaattorin käytössä – merkkaa ko. päivän kohdalle 1/1, jos toteutui, 0/1, jos ei toteutunut)

Aamukäynti (kh): ohjataan Kerttua aamupesuisissa joka aamu – merkkaa jokaisen päivän kohdalle, miten toteutui (ks. edellä) jne. Muista täyttää myös viikonlopun tehtävät

TULOKSEN LASKEMINEN JA MUUT HUOMIOT

- 4** Jokaiselta viikolta lasketaan kaikki toteutuneet kuntoutumista edistäneet tapahtumat maanantaista sunnuntaihin ja tulokset merkitään lomakkeen alalaitaan. Kukoistavan kotihoito –hankkeen toimijat tekevät tarkemmat yhteenvedot.

Esim. Kertun maanantaihin voi tulla hänen oman tekemisensä (1), omaisen tekeminen (1), aamuvuoron työntekijän (1) ja iltavuoron työntekijän (1) ohjaus/tekeminen, mutta esimerkiksi lapsenlapsen kanssa sovittu tekeminen jää väliin (0) = maanantain tulos on 4/5, joka kuvaa, miten yksi tapahtuma jäi toteutumatta suunnitellusta. **HUOM. lomake on kaksi puolinen, molemmille puolille mahtuu kaksi viikkoa = jos jakso keskeytyy, laita lomakkeeseen päivämäärä ja keskeytymisen syy.**

HUOM. vaikka lomakkeeseen tulisi tyhjiä kohtia ja sovitut tekemiset jäävät toteutumatta, se on meille tärkeää tietoa, merkkää lomakkeen loppuun niitä tekijöitä, miksi tietyt tekemiset ja sovitut asiat eivät toteutuneet.

HUOM. merkkää myös, jos tavoite vaihtuu ja syy miksi se vaihtui (esim. ensimmäinen tavoite toteutui, Kerttu halusi uuden tavoitteen, unohdimme tavoitteet jne.)

	Muu taho, kuka								
4	YHTEENSÄ KAIKKI								

- 5** Lomakkeen loppuun voit merkata huomioitasi kuntouttavan arviointijakson aikana tapahtuneista muutoksista, haasteista, keinojen käytöstä yms.

Muistiinpanoja, tarkennuksia: _____

LOMAKKEEN LÄHETTÄMINEN

- 6** Lähetä jokaisen asiakkaan lomake skannattuna, ilman tunnistetietoja aineistonkeruun vastuuhenkilölle, voit koota useamman lomakkeen yhteen ja lähettää ne samalla kertaa, myös osittain täytetyt lomakkeet on tärkeää lähettää. **HUOM. jos et voi skannata työpaikallasi lomakkeita sähköpostiosoitteeseen, lähetä niistä kopiot alla olevaan osoitteeseen MAHDOLLISIMMAN PIAN KUNTOUTTAVAN ARVIINTIJAKSON PÄÄTTYTTYÄ (MYÖS KESKEYTYESSÄ), KIITOS.**



Kotihoidon sekä omais- ja perhehoitajien palveluja on uudistettu nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi vuosien 2016–2018 aikana hallituksen I&O-kärkihankkeena.

I&O-kärkihankkeen tavoitteena on ollut kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

Toimeenpanon läpileikkaavina ajureina ovat olleet iäkkäiden osallisuuden lisääminen, digitalisaation hyödyntäminen, tiedolla johtaminen sekä poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen.

Uudistuksessa on luotu malleja iäkkäiden maakunnallisille palvelukokonaisuuksille, jossa on sovitettu yhteen heille suunnattuja palveluja.

Alueellisen kehittämistyön tuloksia jaetaan tämän raporttisarjan myötä hyödynnettäväksi laajasti myös muissa maakunnissa.

Lisätietoa: <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>