



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

HANNA VESTERINEN

Perusturvakuntayhtymä Akselin kotikuntoutustiimin toimintamalli

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2021

Tekijä(t) Vesterinen, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä: Helmikuu 2021
	Sivumäärä 35	Julkaisun kieli: Suomi
Julkaisun nimi Perusturvakuntayhtymä Akselin kotikuntoutustiimin toimintamalli		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyö		
<p>Tämän opinnäytetyön aiheena oli kotikuntoutustiimin toimintamallin kehittäminen. Opinnäytetyö toteutettiin Perusturvakuntayhtymä Akselin kanssa. Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektina, jonka tarkoituksena oli luoda kotikuntoutustiimin toimintamalli Perusturvakuntayhtymä Akseliin. Tavoitteena oli saada kotiutukset sujumaan asiakaslähtöisesti kotikuntoutustiimin avulla, ja että kotikuntoutusjakson jälkeen suurin osa asiakaista kuntoutuisi mahdollisimman itsenäiseksi kotona asujaksi ilman kotihoidon palveluiden tarvetta</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin perustamalla moniammatillinen työryhmä, joka kehitti kotikuntoutustiimin toimintaa. Kotikuntoutustiimin toimintamallin luomisessa käytettiin hyväksi vertailukehittämistä. Työryhmä kävi tutustumassa Rasion kotikuntoutustiimin toimintamalliin, ja kokoontui tämän lisäksi kolme kertaa. Toimintamalli luotiin prosessi kaaviona, joka on tulostettavissa kotikuntoutustiimin seinälle sekä tallennettu Perusturvakuntayhtymä Akselin sähköiseen järjestelmään IMS:iin, josta se kaikkien työntekijöiden nähtävillä.</p> <p>Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet saavutettiin. Kotikuntoutustiimin toiminta aloitettiin suunnitellusti 30.3.2020. Kotikuntoutustiimissä aloitti 2 lähihoitajaa ja 40% sairaanhoitaja. Lisäksi kotihoidon fysioterapeutit tekevät kotikuntoutustiimissä kuntouttavia käyn- tejä.</p> <p>Opinnäytetyön aikataulussa pysyttiin, mutta opinnäytetyön kirjoittaminen viivästyi pandemian tuomien aikataulu muutosten vuoksi. Palautetta kerättiin sanallisesti ja lisäksi työryhmän palavereiden jälkeen käytiin yhteyshenkilön kanssa käydyissä palautekeskusteluissa.</p> <p>Jatkokehittämisenä voidaan tutkia asiakastyytyväisyyttä ja sitä kautta tulevia kehitysideoita. Myös fysioterapeuttien osallisuutta kotikuntoutustiimin toiminnassa voidaan tarkentaa. Toiminnan vakiinnuttamista ja kehittämistä osaksi kotihoitoa voidaan myös tutkia esimerkiksi haastatteleamalla työntekijöitä.</p>		
Asiasanat: kotihoito, kotikuntoutus, kotikuntoutustiimi, toimintamalli, vertailukehittäminen		

Author(s) Vesterinen, Hanna	Type of Publication ThesisAMK	DateMonth Year February 2021
	Number of pages 35	Language of publication: Finnish
Title of publication The operating model of Municipalities Akseli home rehabilitation teams		
Degree programme Nursing		
Abstract <p>The topic of this thesis was the development of the home rehabilitation team operating model. The thesis was carried out with Municipalities Akseli. This thesis was carried out as a project, the purpose of which was to create a home rehabilitation team operating model for Municipalities Akseli .The aim was to make the repatriations run smoothly for the client, starting with the help of the home rehabilitation team, and after the home rehabilitation period, most of the clients would rehabilitate as independent residents without the need for home care services.</p> <p>This thesis was carried out by setting up a multi-professional working group that developed the activities of the home rehabilitation team. Benchmarking was used to create the operating model of the home rehabilitation team. The working group got acquainted with the operating model of Raisio's home rehabilitation team and met for a total of three times. The operating model was created as a process diagram that can be printed on the wall of the home rehabilitation team and stored in Municipalities Akseli electronic system in IMS, where it can be seen by all employees.</p> <p>The goals set for the thesis were achieved. The activities of the home rehabilitation team started as planned on March 30, 2020. The home rehabilitation team was started by 2 community nurses and 40% by a nurse. In addition, home physiotherapists make rehabilitative visits to the home rehabilitation team.</p> <p>The schedule of the thesis was otherwise kept on schedule, except that the writing of the thesis was delayed due to changes in the schedule brought about by Pandemia. Feedback was collected verbally and, in addition, after the working group meetings, a feedback discussion was held with the contact person.</p> <p>As further development, customer satisfaction and thus future development ideas could be studied. The involvement of physiotherapists in the activities of the home rehabilitation team can be specified. Standardizing and developing these activities into home care could also be explored, for example, through employee interviews.</p>		
<u>Key words</u> home care, homerehabilitation, homerehabilitationteam, operating model, Benchmarking		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Keskeiset käsitteet	6
2.1.1 Kotihoito	7
2.1.2 Kotikuntoutustiimi	8
2.1.3 Kotikuntoutus.....	10
2.1.4 Tutkimusten yhteenveto.....	15
2.2 Käytettävät menetelmät	17
3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
4 PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	20
4.1 Kohderyhmän kuvaus.....	20
4.2 Resurssit ja riskit	21
4.3 Projektin vaiheistus	23
4.4 Arviointisuunnitelma.....	24
5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA TULOS	24
5.1 Toimintamalli	25
5.1.1 Arviointikäynti	26
5.1.2 Jatko-ohjaus	27
5.1.3 Kuntouttavat käynnit ja mittarit	27
5.1.4 Loppuarvio ja jatko-ohjaus	28
6 PROJEKTIN ARVIOINTI JA PÄÄTTÄMINEN	29
7 POHDINTA	32
7.1 Eettinen näkökulma	33
7.2 Kotikuntoutustiimin toimintamallin hyödyntäminen ja arviointi.....	34

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Iäkkäiden osuus Suomen väestössä kasvaa. Kehittämällä erilaisia liikkumista tukevia kuntoutuskäytäntöjä, jotka tukevat liikkumiskykyä, ulkona liikkumista ja sosiaalista osallistumista, voidaan iäkkäiden toimintakykyä ja elämänlaatua parantaa. (Niemelä 2011,7)

Oikea-aikainen kuntoutustarpeen tunnistaminen, oikeiden kuntoutujalähtöisten toimenpiteiden käynnistäminen sekä kuntoutumisen prosessin jatkumisen turvaaminen kuntoutujan siirtyessä organisaatiosta toiseen tai omaan arkiympäristöön on lähtökohdana toimivalle kuntoutusprosessille. Se on edellytys kuntoutusprosessin luomiselle, jossa kuntoutumista tukeva toimita käynnistyy heti kun kuntoutumisen tarve ja mahdollisuudet on tunnistettu. (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Ylinen 2016)

Kotiuttamiseen tarvitaan moniammatillinen tiimi, joka kartoittaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan sen hetkisen tilanteen ja toimintakyvyn (Finne-Soveri 2015). Opinnäytetyön tilaajana on Perusturvakuntayhtymä Akseli. Toiminnallisen opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa kotikuntoutustiimin toimintamalli Perusturvakuntayhtymä Akseliin, jonne perustetaan kotikuntoutustiimi. Kotikuntoutustiimin toiminta on kotihoidon alaista toimintaa. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada kotiutukset sujumaan asiakaslähtöisesti kotikuntoutustiimin toiminnan avulla, ja että kotikuntoutusjakson jälkeen mahdollisimman moni asiakas kuntoutuisi mahdollisimman itsenäiseksi kotona asujaksi.

Kotikuntoutus on asiakkaan voimavaralähtöistä ja tavoitteellista arkikuntoutumista asiakkaan kotona. Kotikuntoutuksen tarkoituksena on vahvistaa asiakasta toimijana omassa elämässään ja tehdä asiakkaan arjesta laadukkaampaa, itsenäisempää ja mielekkäämpää. (Raision kaupungin ikäihmistenhyvinvointi ohjelma 2018-2020)

2 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Keskeiset käsitteet

Käsitteillä määritellään ja erotellaan asioita toisistaan. Jokaisessa opinnäytetyössä on kohta, jossa määritellään työn keskeisimmät käsitteet. Tutkimuksen, opinnäytetyön ja teorian yksi tärkeimmistä kohdista ovatkin juuri käsitteet. (Kananen 2015, 102-103)

Tämän opinnäytetyön käsitteitä on kotiuttaminen, kotihoito, kotiutustiimi, kotikuntoutus. Ikääntyneen kotiutumisen tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle ja mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. Onnistuneen kotiutuksen edellytys on jatkuva ja suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien kanssa vanhuksen itsemääräämisoikeus huomioiden (Mustajoki, Pellikka, Alila, Rasimus & Matilainen. 2013, 522).

Projektinomaisissa töissä tulisi hyödyntää jo olemassa ja saatavilla olevaa tietoa. Tämän pohjalta voi peilata omaa työskentelyään aikaisemman tiedon pohjalta. Tällä tavalla myös säästyy aikaa, koska tieto on jo valmiiksi luotu. Valmiina oleva, tutkittu tieto lisää myös projektin luotettavuutta. Jotta voidaan käyttää jo olemassa olevaa tietoa, niin se vaatii tiedon tarpeen tunnistamista, tiedon keräämistä systemaattisesti ja sen luotettavuuden kriittistä arviointia. Tällöin on hyvä kartoittaa, mitä aiheesta on jo kirjoitettu ja tutkittu. On myös hyvä pohtia ja arvioida tiedon käyttöönottoa sekä sen soveltuvuutta projektiin nähden. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela. 2008, 104)

Tekemässäni kirjallisuuskatsauksessa käytin hakusanoina kotiuttamista, ikääntymistä sekä kotiutustiimiä, ja rajasin hakua vuosiin 2014-2019. Aiempia tutkimuksia aiheesta on opinnäytetöinä. (LIITE1)

Kansallinen tavoite on, että iäkäs ihminen voi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jopa elämänsä loppuun saakka. Kun ihminen tarvitsee hoivaa ja huolenpitoa, hän saa sen kotonaan tai kodinomaisessa asuinympäristössä. Usein kotihoito ja muu kotiin annettava tuki koostuu julkisten ja yksityisten tahojen sekä järjestöjen tuottamista palveluista. Ammattilaisten, läheisten ja vapaaehtoisten muodostama verkosto

voi toteuttaa iäkkään ihmisen toiveen asua omassa kodissaan. (Terveyden ja hyvinvointi laitoksen www-sivut 2019)

2.1.1 Kotihoito

Vuonna 2019 Suomessa kotihoidossa oli asiakkaita 200 000. 58% kotihoidon asiakkaista sai kotihoidon säännöllisiä palveluja. Intensiivisiä eli paljon palvelua käyttäviä oli 44%. Säännöllisen kotihoidon palveluja saavien asiakkaiden osuus vaihtelee maakunnittain. 85–94-vuotiaiden ikäryhmässä keskimäärin noin 32 % ikäryhmän väestöstä sai säännöllisen kotihoidon palveluita. 95 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon palveluja sai 60 % ikäryhmän väestöstä. Yli puolella (58 %) säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli vähintään yksi kotihoidon käynti päivässä. 17 %:lla asiakkaista kotihoidon käyntejä oli päivässä kolme tai enemmän. (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2020)

Kotihoitoa annetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) että terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2020). Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon ja -palvelujen lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2020)

Kotihoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kotihoidon palveluita voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Kotihoidon työntekijät vastaavat asiakkaan toimintakyvyn alentuessa päivittäisistä toiminnoista, kuten ravitsemuksesta tai hygieniasta huolehtimisesta. Kotihoito huolehtii tarvittaessa myös kokonaisvaltaisesti asiakkaan lääkehoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2020)

Tukipalveluilla täydennetään kotihoidon antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat monesti ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluita ovat muun muassa ateria-, kauppa-, siivous- ja turvapuhe- linpalvelut. (Sosiaali ja terveysministeriön www-sivut 2020)

Kotihoitoa järjestettäessä on kiinnitettävä huomiota siihen, että suurimmalla osalla asiakkaista palvelutarve muuttuu vuoden aikana. Tällaisia ovat uudet asiakkaat, päättyvät asiakkuudet ja myös palvelun muutokset. (Terveiden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2020)

2.1.2 Kotikuntoutustiimi

Kotikuntoutustiimin kuntoutusjaksolla tarkoitetaan asiakkaan kanssa yhdessä sovittua kuntoutusta ja arjessa selviytymistä tukevaa tukijaksoa. Tehostetun kotikuntoutuksen tarkoituksena on asiakkaan palvelutarpeen väheneminen, kuntoutumisen ja itsenäisen arjessa selviytymisen edistäminen. (Karjalainen & Meriläinen-Porras 2018)

Kotiuttamiseen tarvitaan moniammatillinen tiimi, joka kartoittaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanteen ja toimintakyvyn. Moniammatillinen kotikuntoutustiimi selvittää asiakkaan kotiolot ja mikä on hänen motivaationsa asumiseen kotona. Tutkimustulosten mukaan kotikuntoutukseen on panostettava. Iäkkään ihmisen oma koti voi toimia kuntoutuspaikkana esimerkiksi muistisairaille ja aivohalvauksesta toipuville ihmisille. Kotiin annettavien palveluiden laadun kehittämiseen ei ole oikotietä. Palveluiden kehittäminen vaatii panostusta ja laajempaa yhteistyötä. (Finne-Soveri 2015)

Asiakkaan kotiutumisen tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle. Mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. Onnistuneen kotiutuksen edellytys on jatkuva ja suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien kanssa, asiakkaan itsemääräämisoikeus huomioiden. Asiakkaan toimintakykyyn, terveydentilaan, oireisiin sekä hoidon ja palvelutarpeen vaikuttavien asioiden kirjaaminen on tärkeää, jotta saadaan kotiutus toteutettua joustavasti. (Mustajoki ym. 2013, 522)

Satakunnassa sairaalasta kotiutuvalle asiakkaalle kerrotaan kotikuntoutustiimin toiminnasta. Asiakkaalle kerrotaan selkeästi mitä kotikuntoutustiimin sairaan- ja lähihoitajien työnkuvaan kuuluu. Asiakkaalle ei luvata sellaisia asioita, jotka eivät kuulu kotikuntoutustiimin toimenkuvaan kuten esimerkiksi siivous. (Ketola 2018, 32)

Asiakkaan hoidon tarpeet ja niihin vastaaminen ovat kotikuntoutustiimin tärkein tehtävä. Ihmislähtöisyydellä on suuri merkitys kotikuntoutustiimin toiminnassa. Epätietoisuus tulevasta aiheuttaa asiakkaille turvattomuutta ja huolta (Rannikko 2016, 44). Asiakkaalla saattaa olla erilaisia pelkoja kotiutumiseen liittyen, jolloin kotikuntoutustiimin toiminnalla on merkitystä turvallisuuden tunteen kokemiseen. Asiakkaan turvallinen kokemus kotiuttamisesta taataan ihmislähtöisellä toiminnalla. (Laine 2019, 10)

Loimaalla kotiutukseen osallistuvien henkilöiden yhteistyö on edellytys sujuvaan kotiutumiseen. Kotiuttamiseen kuuluvat oikea-aikainen kotiutus, riittävä tiedonkulku, yhteiset toimintaperiaatteet, yhtenäiset kotiutuskriteerit, moniammatillinen työskentely ja tiimityöskentely. Sujuvan yhteistyön tarkoituksena on asiakkaan turvallinen, hyvin suunniteltu ja ennakoitu kotiutuminen. Eri organisaatioiden välinen yhteistyö lisää haasteellisuutta yhteistyössä. Asiakkaan näkökulmasta sujuva yhteistyö tarkoittaa hänen muuttuviin tarpeisiin vastaamista ja johdonmukaisen palvelusuunnitelman turvaamista. (Laine 2019, 23)

Kotikuntoutustiimin ensimmäisen kotikäynnin eli arviokäynnin tarkoituksena on arvioida asiakkaan tarvitsema avun tarve (Ketola 2018, 26). Palvelutarpeen arvioinnin tekee sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja yhdessä kotikuntoutustiimin fysioterapeutin kanssa. Palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu alkavat oman tahdon, toivomusten ja yksilöllisten tarpeiden selvittämällä. Palvelun tarve on aina yksilökohtainen, joka on tärkein huomioitava asia palvelun tarvetta arvioitaessa. (Raision kaupungin www-sivut 2019)

Kotikuntoutus tiimin työntekijä tekee Rai Screenerin arviointikäynnin jälkeen asiakkaasta. RAI on hoidon, palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi tehty standardoitu arviointijärjestelmä. RAI-järjestelmä on havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI lyhenne tulee englanninkielisistä sanoista Resident Assessment Instrument (Terveiden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2020).

Kotikuntoutustiimin toimesta huolehditaan asiakkaalle tarvittavat apuvälineet kotiin sekä järjestetään asiakkaalle tarvittavat palvelut esim. ateriapalvelu ja turvapuhelinpalvelu. Kotikuntoutustiimi yrittää löytää yksilölliset auttamiskeinot asiakkaalle kotiin, joilla asiakkaan kotona asumista voidaan mahdollistaa ja asiakkaan kotona asuminen olisi mahdollisimman turvallista. (Ketola 2018, 9) Periaatteena on, että ikäihminen pystyisi asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan turvallisesti erilaisten tukipalveluiden ja omaisten tuen avulla. (Raision kaupungin www-sivut 2019)

Kotiutustiimin hoitajakson päätyttyä asiakas ohjataan tarpeen mukaan muiden palvelujen piiriin esimerkiksi heistä tulee säännöllisen kotihoidon asiakkaita. (Turunkaupungin www-sivut 2020)

Kotikuntoutustiimi auttaa asiakkaita kotiutumaan turvallisesti mahdollistaen kotona asumisen heti sairaala tai vuodeosastojakson jälkeen, tukien asiakkaan kotona selviytymistä yksilöllisesti. Eräässä kotiutustiimin toiminnan kehittämistutkimuksessa ikäihmiset kokivat palvelun haluttuna, mikäli he saivat itse vaikuttaa sen laajuuteen ja palvelusuhteen jatkuvuuteen. Kotikuntoutustiimin hoidon laatu koettiin hyväksi ja hoitosuhde hyödylliseksi myös läheisten mielestä. Hoitajien kotikäynnit ja yhteydenpito ovat lisänneet henkistä hyvinvointia ja hoitajia on odotettu käynneille uudelleen (Halminen 2019, 71)

2.1.3 Kotikuntoutus

Moniammatillinen kotikuntoutus on hyvin ajankohtainen ja tärkeä aihe, jota on kuitenkin laadullisesti tutkittu vasta vähän (Jokiranta 2017, 48). Asiakkaan hyvä elämälaatu on toiminnan perustana (Laine 2019, 10). Sairaalahoidon jälkeen monella ikäänntyneellä toimintakyky ei ole samanlainen kuin aiemmin (Ojala 2018, tiivistelmä). Kotikuntoutustiimin toiminnan lähtökohtana on asiakas, jolla on tarve kotona selviytymisen tukemiseen toipumisvaiheessa. (Rannikko 2016, 44) Kuntoutumisen prosessi voi käynnistyä henkilön itse kokemana sekä läheisten tai asiantuntijoiden tunnistamasta tarpeesta (Autti-Rämö ym. 2016).

Kotikuntoutuksen kohderyhmänä ovat usein ikäänntyneet. Sitä suunnataan uusille kotihoidon asiakkaille, sairaalasta kotiutuville asiakkaille, lisääntyneen kotihoidon määrän

tarpeessa oleville asiakkaille ja joskus jopa kaikille kotihoidon asiakkaille. Kotikuntoutuksella pyritään asiakkaan toimintakyvyn parantamiseen ja säilymiseen sekä elämänlaadun ja turvallisuudentunteen parantamiseen niin, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Kotikuntoutuksella vähennetään koti- ja laitoshoidon tarvetta ja siirretään myöhemmäksi ympärivuorokautisen hoitoon siirtymisen tarvetta. (Suomen fysioterapeutit www-sivut 2020)

Iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin tarkastelussa tulee ottaa huomioon heidän omat kokemuksensa, odotuksensa sekä selviytymiskeinonsa. Työntekijöiden työskentely vuorovaikutuksessa kohdistuu asiakkaan elämänlaatuun tai ongelmalliseen tilanteeseen sekä toimenpiteisiin, joilla tilanteeseen pyritään saamaan aikaan positiivinen vaikutus tai muutos. (Laine 2019, 15) Ensijaisesti oma koti on se paikka, jossa kotiin annettavilla palveluilla mahdollistetaan asiakkaan asuminen. (Ketola 2016,40)

Kotikuntoutus toiminnalle on tarvetta ikääntyvien näkökulmasta. Kotona tapahtuva kuntoutus edistää leikkauksesta toipumista ja liikkumiskykyä. (Jokiranta 2017, 48) Iäkkäät asuvat kotona niin kauan kuin se on turvallista. Iäkkäälle omassa kodissa asuminen merkitsee tärkeää kiinnekohtaan hänen elämässään, ja kotona halutaan asua mahdollisimman pitkää, niin kauan kuin se on mahdollista toimintakyvyn rajoissa. (Ketola 2016, 40) Asiakkaan omaa näkemystä tulee kunnioittaa (Jokiranta 2017, 31)

Turvallinen kotona asuminen vaatii hoitohenkilökunnalta ennakointia asiakkaan tilanteesta. Ennakoinnin avulla voidaan varautua asiakkaan avuntarpeiden muutokseen nopeasti. Asiakas voi omassa kodissaan selviytyä omatoimisesti tai avustettuna päivittäisissä toimissaan. (Ketola 2018, 40) Työntekijät käyttävät kuntouttavaa työotetta, joka on asiakkaan kannustamista mahdollisimman omatoimisiin arjen toimintoihin tarvittaessa yhdessä tehden. Kuntouttavan työotteen käyttö on toiminnan lisäksi myös omaan asenteeseen sisäistetty, sekä siitä, miten asiakas kohdataan. Kotikuntoutustiimin työntekijöiltä vaaditaan kotikuntoutusjaksolla olevan asiakkaan tukemista, kannustusta ja uskalluksen lisäämistä. Kotikuntoutustiimin työ saattaa olla vain ohjausta, neuvontaa ja yhteisymmärryksen lisäämistä. (Jokiranta 2017, 32-33)

Porin perusturvan kotiutustiimissä asiakkaaksi tulo alkaa, kun kotikuntoutustiimi saa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöltä yhteydenoton tulevasta asiakkaasta.

Asiakkaan kotiuduttua kotikuntoutustiimistä tehdään käynti asiakkaan kotiin. Ensimmäistä kotikäyntiä sanotaan arviokäynniksi. Ensimmäiseen kotikäyntiin varataan riittävästi aikaa, ja tarkoituksena ja tavoitteena on kartoittaa ja selvittää kokonaisvaltaisesti asiakkaan kotona selviytymistä. Asiakkaan tilannetta kartoitetaan sekä tuetaan kotona selviytymistä yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti kaikilla kotikäynneillä. (Ketola 2018, 9)

Palveluita ja käyntejä suunnitellessa asiakkaan yksilölliset tarpeet otetaan huomioon ja hänen oman elämänsä asiantuntijuutta kunnioitetaan. Asiakkaalla on vahva itsemääräämisoikeus, joka näkyy palveluita suunnitellessa. (Ketola 2018,9) Kuntoutuksella pyritään parantamaan sekä ylläpitämään ikääntyneen toimintakykyä. Asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja elämänhallintaa tuetaan silloin, kun selviytymismahdollisuudet fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä sekä osallisuus ovat uhattuina tai heikentyneet (Sosiaali ja terveysministeriön www-sivut 2020).

Kotikuntoutus on asiakkaan voimavara- ja tavoitteellista arkikuntoutumista asiakkaan kotona. Kotikuntoutuksessa harjoitellaan arkisia asioita, joita voivat olla esimerkiksi omatoiminen siirtyminen pyörätuolista vuoteeseen, kuntoutuminen pyörätuolilla liikkujasta rollaattorin käyttäjäksi, itsenäinen ulkoilu tai selviytyä itsenäisesti arjen toiminnoista. (Raision kaupungin ikäihmistenhyvinvointi ohjelma 2018-2020) Kotikuntoutus voi olla myös fyysisiin toiminnan vajavuuksiin liittyvää, kuten tuolilta ylös nousun harjoittamista, asunnossa liikuskelua, porraskävelyä, ulkoilua tai postilaatikolla käymistä (Jokiranta 2017, 32). Kotikuntoutuksen tarkoituksena on vahvistaa asiakasta toimijana omassa elämässään ja tehdä asiakkaan arjesta laadukkaampaa, itsenäisempää ja mielekkäämpää. (Raision kaupungin ikäihmistenhyvinvointi ohjelma 2018-2020)

Asiakaslähtöisen kotikuntoutuksen tavoitteena on vahvistaa ihmisen toimijan roolia hänen omassa elämässään sekä hänen kuntoutumiseensa liittyviin tilanteisiin osallistujana. Vahva osallistuminen ja toimiminen tukevat paluuta omaan elinympäristöön vakavan sairastumisen jälkeen. Ne tuottavat kokemusta oman elämän hallinnasta. Toimijuus kuntoutustavoitteena ohjaa tarkastelemaan asiakkaan kuntoutumista osana hänen yksilöllistä elämänsä ja sosiaalista selviytymistään eikä pelkästään fyysisenä toimintakykynä. (Reunanen 2017, 5- 6.)

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2020). Toimintakyky on myös kuntoutustarpeen keskeinen määrittäjä (Niemelä 2011, 25)

Kuntoutuksen yhteys elinympäristöön kannustaa tavoitteellisuuteen sekä tulevaisuuden ennakointiin. Asiakkaan ja ammattilaisen vastavuoroinen yhteistyö vahvistaa asiakkaan itseohjautuvuutta, joka edellyttää muun muassa tietoa kuntoutumisen perusteista ja mahdollisuuksista sekä uskoa omaan pystyvyyteen. (Reunanen 2017, 5- 6.)

Ihmisen toimintakykyä voidaan tukea ja arjessa selviytymistä parantaa esimerkiksi asuin- ja elinympäristöön liittyvillä tekijöillä, muiden ihmisten tuella, erilaisilla palveluilla. Toimintakykyä kuvataan myös tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2020). Toimintakykyyn vaikuttaa myös henkilön oma näkemys toimintakykynsä merkityksestä hänen omien tavoitteidensa, arvojensa ja toimintatapojensa kannalta. Ihmisen vanhetessa hänen tavoitteensa muuttuvat (Niemelä 2011, 25).

Kuntouttavan arviointijakson avulla asiakkaille saadaan tasavertaiset, yhdenmukaiset ja asiakkaan tarpeenmukaiset sekä riittävät palvelut. Asiakkaiden mahdollinen kotihoidon ja tukipalveluiden tarve määritellään kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaiden kotona. Kuntouttavalla arviointijaksolla jokainen kotikäynti on asiakkaan toimintakykyä arvioiva ja omatoimisuutta tukeva käynti. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on lisätä asiakkaan turvallisuuden tunnetta, toimintakykyä ja edistää itsenäistä kotona pärjäämistä. (Varkauden www-sivut 2020)

Kotikuntoutusjakso on aina suunniteltu ja määräaikainen kuntoutumisen jakso asiakkaan kotona (Raision kaupungin Ikäihmisten hyvinvointi ohjelma 2018-2020). Kotikuntoutuksen tarvetta ei ole vain uusilla kotikuntoutusjaksolle tulijoilla vaan myös jo pidempään kotihoidon palveluiden piirissä olleilla. Käyntimäärien tarve vaihtelee yksilöllisesti. Kotikuntoutustiimin toiminta tulisi jollain tavoin olla kaikille suunnattua, tasalaatuista ja tasapuolista. Pelkästään työntekijöiden ymmärrys kotikuntoutuksen tärkeydestä ei riitä, vaan kotikuntoutuksen onnistumiseksi tarvitaan ymmärrystä myös kuntapäätäjiltä. (Jokiranta 2017, 31)

Ensimmäisten kuntouttavien käyntien aikana tehdään sovitut mittarit Whodas 2.0 ja SBBP-testi. Tarpeen vaatiessa myös GDS ja MNA. WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) on Maailman terveysjärjestön (WHO) yleinen aikuisille soveltuva terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä. Sen avulla voidaan selvittää terveydentilasta johtuvia vaikeuksia arjessa. WHODAS 2.0 arviointimenetelmällä mitataan terveyttä ja toimintakykyä väestössä ja käytännön työssä. Whodaksen kohderyhmänä on iäkkäät ja työikäiset. (Duodecimin www-sivut 2020)

SPPB (Short Physical Performance Battery), lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistö. Testi soveltuu toimintakyvyn arviointiin iäkkäillä ja työikäisillä. Testi koostuu kolmesta osiosta, jotka ovat tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolilta nousutesti. Kokonaistulos lasketaan näiden erillisten osioiden yhteenlasketuista pisteistä. Pisteytys on 0-12 välillä. Mitä pienempi on yhteenlaskettu pistemäärä, sitä suurempi riski henkilöllä on toimintakyvyn heikkenemiseen. (Duodecimin www-sivut 2020)

Geriatrinen depressioasteikko (GDS) kehitettiin iäkkäiden henkilöiden masennuksen arviointia varten. Depressio arvioidaan kyselyssä viimeksi kuluneen viikon ajalta. GDS soveltuu parhaiten depression seulontamittariksi vanhuksille. Summapistemäärä 0–10 on normaali, 11–20 viittaa lievään depressioniin ja 21–30 keskivaikeaan tai vaikeaan depressioniin. (Duodecim käypähoito www-sivut 2020)

Ikääntyneiden ravitsemus on yhteydessä toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Virheravitsemuksesta on paljon tutkimuksia. Ravitsemustilan heikkenemisen ennaltaehkäisy ajoissa on tärkeää, koska hyvää ravitsemustilaa tukemalla voidaan edistää aivoterveystta, toimintakykyä ja nopeuttaa sairauksista toipumista. Väestön vanhetessa tarvitaan lisää tietoa ikääntyneiden ravitsemuksesta, varsinkin virheravitsemukseen johtavista tekijöistä sekä keinoja tunnistaa virheravitsemus ajoissa. Samalla tulee tukea hyvää ravinnonsaantia ja ravitsemustilaa. (Jyväkorpi 2016, 7) Mini Nutritional Assessment (MNA) testiä voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. (Ikäinstituutin www-sivut 2020)

Muistisairauksien eteneminen on hyvin yksilöllistä ja siten myös palvelujen tarve ja ajankohta vaihtelevat ja palvelut arvioidaan jokaisen asiakkaan kanssa henkilökohtaisesti. Muistiasiakkaan kuntoutus tarkoittaa palvelujen, etuuksien ja oman aktiivisen

elämäntavan muodostamaa kokonaisuutta. (Perusturvakuntayhtymä Akselin www-sivut)

Kotikuntoutus tukee ikääntyvän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, omatoimisuutta arjen ympäristössä ja kotona asumisen mielekkyyttä. Työntekijä näkökulmasta kotikuntoutuksen tavoitteena on, että kotona pärjättäisiin mahdollisimman pitkään ja ikääntyneen olisi mahdollista osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan. (Jokiranta 2017,28) Kotikuntoutusjakson päättyessä tavoitteena on, että asiakas selviytyy arjesta itsenäisesti. Mikäli itsenäinen selviytyminen ei onnistu, järjestetään asiakkaalle jatkohoito ja tarvittavat tukitoimet. (Rannikko 2016, 39)

Kotikuntoutuspalvelujen taloudellisista ja asiakkaiden toimintakykyyn sekä palvelutarpeeseen kohdistuvista vaikutuksista on julkaistu Iso-Britanniassa ja pohjoismaissa useita raportteja. Raporttien tulokset näyttävät, että kotikuntoutuksen toteuttamisen tuo säästöjä aikaan, sekä kotihoidon tarve on vähentynyt, ja asiakkaiden toimintakyky, itsenäisyys ja elämänlaatu on parantunut. (Suomen fysioterapeuttien www-sivut, 2020)

2.1.4 Tutkimusten yhteenveto

Kotiutustiimin pilotointi on aloitettu Porin vanhuspalveluiden alaisuudessa 1.12.2015. Kotiutustiimin toimintamallissa yhtenäistetään kotiutustiimien toiminta Porin eri lähi palvelualueilla ja että alueesta riippumatta asiakkaat saavat samanlaista hoitoa ja samanlaisia palveluja. (Rannikko 2016, 44)

Porin Perusturva kotiutustiimin toimintaperiaatteena on kotiutumisen tehostaminen asiakaslähtöisen, lyhytkestoisen hoidon ja palvelun sekä kuntoutumisen tukemisen avulla. Kotiutustiimin toiminta perustuu toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan, asiakkaiden yhdenvertaisuuteen ja turvallisuuteen. Kotiutustiimin lähtökohdiana on asiakas, joka tarvitsee tukea kotona selviytymiseen toipilasvaiheessa. Palvelu on luotu asiakkaalle, jolla on terveydentilassa toiminnanvajausta ja joka tarvitsee moniammatillista työryhmää selviytyäkseen arjen muuttuneessa tilanteessa. (Rannikko 2016, 38-44)

Porin perusturvan kotiutusprosessia on tutkittu ja selvitetty siinä olevia epäkohtia, sekä mahdollisia yhteistoiminnan puutteita kotiutustiimin ja kotiuttavan tahon välillä. Kotiuttavalla yksiköllä ja kotikuntoutustiimillä on yhteinen tavoite potilaiden hyvä, turvallinen ja kokonaisvaltainen kotiuttaminen. Asiakkaiden kotiuttamisessa tulleita ongelmia kartoitettiin kotiuttamistiimintyöntekijöiden näkökulmasta kyselyn avulla. Tulosten pohjalta kehitettiin yhteistyötä kotiuttavan tahon ja kotiutustiimin välillä. (Ketola 2018, 6, 14-15)

Porin perusturvan kotiutustiimin toimintaa on arvioitu ja kehitetty laadullisen tutkimuksen avulla, kun kotiutustiimin pilotti oli toiminut puoli vuotta. Tutkimus tehtiin Bikva-arviointi menetelmällä. Bikva on prosessi, jonka avulla voidaan yhdistää arviointi, ikäihmisten osallistaminen ja uuden oppimisen kautta tapahtuva toimintatapojen muutos palvelutoiminnassa. Tutkimus toteutettiin ryhmä ja yksilöhaastatteluina. Haastatteluihin on ottanut osaa kotiutustiimin ikäihmiset ja hoitajat. Tulosten perusteella kotiutustiimin toiminta koetaan monipuoliseksi. Työ on tehostettua ja määräaikaista toimintaa. (Halminen 2019, 24-25, 72)

Loimaan kotihoidossa toimii kotiutustiimi osana kotihoitoa. Loimaan kotiutustiimin jakson tarkoituksena on turvata ihmislähtöinen kotiutuminen, arvioida asiakkaan kotihoitoon tarvetta, tukea toipumisvaihetta ja kuntoutumista sekä järjestää jatkohoito kotihoidossa, mikäli sille on tarvetta. Kotiutumiset pystyttiin järjestämään niin, että niitä oli vain yksi päivässä. Kotiutumiset onnistuivat hyvin eikä välittömiä osastolle palautumisia ollut aluksi lainkaan. Ensimmäisinä kuukausina asiakkaiden luokse oli käyneitä 165-200. Kotiutustiimitoiminta ympärille on kehitteillä palvelutarpeen arvion sekä kuntouttavan arvioitajakson tekeminen tiimin taholta. (Laine 2019, 17,33-40)

Keski-Suomen alueella on tutkittu ikääntyville suunnattuja moniammatillisia kotikuntoutuskäytäntöjä kotikuntoutustyöntekijöiden näkökulmasta fenomenologisella tutkimuksella. Fenomenologian tutkimuskohteena ovat ihmisten kokemukset ja ihmisten suhde ympäröivään maailmaan. Haastatteluun on osallistunut 4 kuntaa Keski-Suomen alueelta. Haastatteluun osallistuneet olivat fysioterapeutteja, lähi- ja perushoitajia, lääkäri, sosionomeja, toimintaterapeutti ja sairaanhoitajia. Tuloksena muodostui neljä olennaista kotikuntoutustyötä ilmentävää merkityskokonaisuutta: eettinen asiakasläh-

töisyys, monipuolinen ja ennaltaehkäisevä kotikuntoutus, alueellinen ja monitoimijainen yhteistyö ja hyvinvoiva työntekijä. Tutkimuksen kautta on mahdollista osallistaa kuntien työntekijöitä ikääntyneiden kotikuntoutuksen kehittämistyöhön. (Jokiranta 2017, 16-17, 37)

2.2 Käytettävät menetelmät

Malli voidaan määritellä kuvitelmaksiksi tai abstraktioksi todellisuudesta. Sen tarkoituksena on yksinkertaistaa ihmisten näkemyksiä kokonaisuudesta tuomalla esille olennaiset piirteet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 136-137) Hoitotyön kirjallisuudessa puhutaan usein malleista ja käsitteellisistä viitekehyksistä. Malli on kaavamainen esitys jostakin todellisuuden näkökohdasta. Ne voidaan jakaa teoreettisiin ja empiirisiin malleihin. (Sarajärvi 2009, 46)

Toimintamalleja voidaan sanoa rakennekokonaisuuksiksi, joista käyvät ilmi eri osien suhteet toisiinsa. Tutkimuksissa malleja hyödynnetään teorian muodostuksessa. (Vilka 2005, 25) Mallien avulla pystytään valitsemaan asianmukaisia käsitteitä tutkittavan ilmiön kuvaamiseen ja määrittämään käsitteiden väliset suhteet sekä helpottamaan käsitteiden hahmottamista ja keskinäistä viestintää. Teoriat kuvaavat joitakin ilmiöitä kuvaavia malleja todellisuudesta, jotka eivät ole helposti havaittavissa. Mallin muodostaminen on prosessi, jossa ilmiöt hahmotetaan yksinkertaiseksi järjestelmäksi. (Sarajärvi 2009, 46)

Toimintamalli on paikallisesta ratkaisusta yleistetty ja selkeä mallinnus, joka määrittelee käytännön käyttötarkoituksen, keskeisen idean, osatekijät ja prosessin. Toimintamalli on paikallisesta ratkaisusta tai käytännöstä yleistetty malli, joka määrittelee käyttötarkoituksen, keskeisen idean ja osatekijät. Se voi myös olla suoraan kehitetty yleiseksi malliksi. (Innokylän www-sivut 2019)

Toimintamalli koostuu olettamuksista siitä, miten tarkoitus voidaan saavuttaa. Toimintamalli voidaan viedä käytäntöön erilaisissa ympäristöissä, joissa se muokkautuu

aina omanlaisekseen käytännöksi. Toimintamallia voidaan korjata paikallisissa kokeiluissa saatujen kokemusten perusteella. (Innokylän www-sivut 2019) Toimintamallin luomisessa yhteisesti sovittujen kirjaamiskäytäntöjen ja tilastoinnin avulla on myös mahdollista arvioida kustannus- ja hyötyvaikutuksia pidemmällä aikavälillä. (Gröhn & Sutinen 2020, 23) Käytettävänä menetelmänä on toimintamallin luominen Perusturvakuntayhtymä Akselin kotikuntoutustiimille.

Kotikuntoutustiimin toimintamallin luomisessa hyödynnetään benchmarking tutkimusmenetelmää, joka tarkoittaa havainnointia ja hyvien ideoiden muistiin panemista sekä niiden vertaamisesta omaan toimintaan eli vertailukehittämisestä. Käytännössä oman toiminnan verrataan toisten toimintaan, usein parhaaseen vastaavaan käytäntöön. Vertailukehittämisessä kyseenalaistetaan omaa toimintaa ja opitaan toisilta. (Oppariavun www-sivut 2020) Benchmarking mahdollistaa systemaattisen vertailun ja sen kautta oppimisen toimialasta ja maantieteellisestä sijainnista riippumatta (Seppänen - Järvelä 2005, 55).

Vertailukehittämisen on tarkoitus auttaa tunnistamaan oman toiminnan heikkouksia ja laatia niiden pohjalta kehittämisideoita ja kehittämiseen tähtäviä tavoitteita (Oppariavun www-sivut 2020). Benchmarkingin tavoitteena on useimmiten löytää ja ottaa käyttöön toimintamalleja, jotka ovat toisessa organisaatiossa jalostuneet hyväksi toimintatavoiksi. Toimintatapoja voidaan menestyksekkäästi hyödyntää kohdeorganisaatiossa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 186) Vertailu soveltuu tiimeille, organisaatioille, mutta myös yksilötason oppimiseen. (Seppänen - Järvelä 2005, 55)

Tutkittaessa täysin uutta ilmiötä ja jonka aihealueesta ei ole organisaatiossa paljoa tietoa benchmarking on hyödyllinen tutkimusmenetelmä. Benchmarkingin avulla voidaan tällaisessa tilanteessa löytää nopeasti hyvät toimintamallit, joita voidaan hyödyntää kohdeorganisaation toimintaympäristössä. (Ojasalo ym. 2014, 186)

Menetelmän vahvuutena on, että se luo osallistumista ja aikaansaa oivaltavaa oppimista sekä organisaatioiden ja yksilöiden tasolla. Sen myötä asetetaan kunnianhimoisia, mutta samalla realistisia tavoitteita, sekä osoitetaan, miten tavoitteet voidaan saavuttaa. Suora kopiointi on harvoin mahdollista johtuen toimintaympäristössä olevista

eroavaisuuksista ja siksi benchmarkingille tyypillistä onkin opitun tiedon soveltaminen tulevaan ympäristöön siten, että toimintamallit ovat kohdeorganisaation näkökulmasta käyttökelpoisia ja suorituskykyä parantavia. (Seppänen - Järvelä 2005, 57)

3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarkoitus projektille määräytyy tilaajan tarpeesta. Projektityöskentelyn tarkoituksena on saavuttaa jokin tavoite, joka on ennalta pohdittu ja määritelty. (Kettunen 2012, 15) Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa kotikuntoutustiimin toiminta malli Perusturvakuntayhtymä Akseliin, jonne perustetaan kotikuntoutustiimi.

Asetettaessa projektille tavoitetta tai useampaa tavoitetta, on aiheellista miettiä, mikä kehittämisessä on oleellista ja miksi asiaa pitää kehittää. Projekti voidaan jakaa osatavoitteisiin, näin saadaan kokonaiskuva projektista. Osatavoitteiden asettaminen saattaa myös parantaa työskentelyä, sillä työskentely sujuu tehokkaammin, mitä lähempänä jokin asetettu tavoite on. Projektin suunnitteluvaiheessa on hyvä rajata tavoitteita, ettei projekti laajene liiaksi. Projektin laajenemisessa riskinä on, että projektia ei ikinä saada valmiiksi. (Heikkilä ym. 2008, 73-74)

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada kotiutukset sujumaan asiakaslähtöisesti kotikuntoutustiimin avulla, sekä se, että kotikuntoutusjakson jälkeen mahdollisimman moni asiakas kuntoutuisi mahdollisimman itsenäiseksi kotona asujaksi ilman kotihoidonpalvelujen tarvetta. Olen asettanut itselleni tavoitteeksi opinnäytetyön tekemisessä, että opin tekemään toimintamallin, jolla saadaan kotiutukset sujumaan asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on oppia toimimaan projektipäällikkönä ja toimimaan yhdessä projektiryhmän kanssa.

Jokainen projekti koostuu useista projektin sisäisistä työtehtävistä. On parasta, jos niiden tekemiseen löydetään ihminen, joka osaa kyseisen tehtävän hyvin. (Kettunen 2012, 118) Projektilleni perustetaan työryhmä, jonka kanssa perustamme kotikuntoutustiimin.

4 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ohjeistaa, opastaa, järjestää ja järjestelee käytännön toimintaa. Työn tilaaja ja kohderyhmä määrittelevät miten työ toteutetaan. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu produkti eli toiminnallinen osuus sekä opinnäytetyön raportoinnin, jossa on dokumentointi ja arviointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9,51,56)

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä opiskelija osoittaa kykenevänsä yhdistämään teorian tiedon käytäntöön. Opinnäytetyöraportti on merkittävä osa toiminnallista opinnäytetyökokonaisuutta. Raportista lukijalle selviää se, mitä, miksi ja miten opinnäytetyö on tehty. Lisäksi raportista ilmenee, millainen työprosessi opinnäytetyö on tekijälle ollut ja miten hän itse sitä arvioi. (Vilka & Airaksinen 2003, 41-42,65.)

4.1 Kohderyhmän kuvaus

Perusturvakuntayhtymä Akselin Ikäihmisten palvelulinja sisältää SAS –toiminnan (selvitä-arvioi-sijoita), ennaltaehkäisevän vanhustyön, yhdistetyn kotihoidon siihen liittyvine tukipalveluineen, palveluasumisen sekä laitoshoidon. (Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2019-2021, 20)

Perusturvakuntayhtymä Akselin kotihoito sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja erilaiset tukipalvelut ja se voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Kotihoitoalueita Perusturvakuntayhtymä Akselissa on kaksi: Kotihoitoalue 1(Masku ja Nousiainen) ja kotihoitoalue 2 (Mynämäki). Kotihoito toteuttaa laadukasta ja yksilöllistä hoitoa asiakkaan kotona. Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan turvallinen selviytyminen kotonaan mahdollisimman pitkään. Kaikille asiakkaille laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa kotihoidon toimintaa. Suunnitelmaan kirjataan yhteistyössä asiakkaan ja omaisen kanssa asiakkaan omat voimavarat, tavoitteet ja auttamismenetelmät. Suunnitelmaa seurataan ja päivitetään säännöllisesti. (Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2019-2021, 27-28)

Kotihoito toteuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista laadukasta ja yksilöllistä hoitoa asiakkaan kotona. Palvelujen tavoitteena on edistää, tukea ja ylläpitää asiakkaan omaa toimintakykyä ja voimavaroja, mikä edesauttaa asiakkaan turvallista selviytymistä kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidossa toteutetaan toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää työtä, ja päivittäistoimintoihin liittyvällä kuntoutuksella osallistetaan asiakas arjen toimintoihin. Käytössä olevan liikuntasopimusmallin avulla otetaan huomioon asiakkaan omat voimavarat toimintakyvyn säilymisessä ja oman aktiivisuuden lisäämisessä. (Perusturvakuntayhtymä Akseli www-sivut)

Perusturvakuntayhtymä Akselin kotihoito on jaettu kahteen kotihoitoalueeseen. Kotihoito 1 alueeseen kuuluu Masku ja Nousiainen ja Kotihoito 2 alueeseen Mynämäki. Kotihoidossa on vastaava sairaanhoitaja. Kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä noin 44 työntekijää, joihin kuuluu 5 sairaanhoitajaa, 2 fysioterapeuttia ja lähihoitajia. Asiakkaita on noin 280. Kotiutustiimi perustetaan osaksi Perusturvakuntayhtymä Akselin kotihoitoa. Kotiutustiimin osana toteutetaan kuntotuttava arviointijakso. (Perusturvakuntayhtymä Akselin www-sivut 2020)

Opinnäytetyön tilaajan (Perusturvakuntayhtymä Akselin) yhteyshenkilönä toimii kotihoidon vastaava sairaanhoitaja. Toimeksiantosopimuksen on allekirjoittanut ikäihmisten linjajohtaja.

4.2 Resurssit ja riskit

Resurssien hallinta kohdistuu projektin tarvitsemien resurssien saatavuuden ja riittävyyden varmistamiseen. On tärkeää, että projekti saa käyttöönsä tarvittavat resurssit aikataulun mukaisesti. Resurssit voivat olla ihmisiä, jotka ovat oman organisaation palveluksessa tai aineita, tarvikkeita tai toimitiloja. (Mäntyneva 2016, 53)

Avopalveluiden päällikkö on yhdessä lähiesimiehen ja geronomin kanssa keskustelleet opinnäytetyön aiheestani ja sen myötä, avopalveluiden päällikkö kutsui 15.1.2020 koolle palaverin, jonka pohjalta aloitettiin kotiutustiimin suunnittelu. Tähän palaveriin kutsutut ovat jatkossa työryhmäni. Toimin sen jälkeen projektin johtajana ja kutsun

koolle työryhmän. Työryhmääni kuuluu avopalveluiden päällikkö, vastaava sairaanhoitaja, geronomi, kolme fysioterapeuttia ja kaksi lähihoitajaa.

Projektiin liittyvät riskit ja niiden luonne ovat pääosin riippuvaisia projektin luonteesta, suuruudesta ja kestosta. Riskit voi taloudellisia, aikatauluun, laatuun ja muihin tekijöihin liittyviä riskejä. Jokaisen projektin kohdalle voi sattua odottamattomia vastoin käymisiä. Näitä voivat esimerkiksi olla, että projektin tavoitteet epäselvät, resursointi ei ole riittävä, Tekijöillä ei ole riittäviä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia, teknologia ei ole sovellettavissa projektin tarpeeseen tai projekti ei pysy aikataulussa. (Mäntyneva 2016, 131-132)

Nelikenttäanalyysi (SWOT) on yksinkertainen ja yleisesti käytetty analysointimenetelmä. Analyysin avulla voidaan selvittää suunnitelman vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. Nelikenttärudukon avulla pystytään arvioimaan toimintaa. Keskeistä on aina selvittää sekä nykytila että tulevaisuuteen vaikuttavat asiat. SWOT -analyysi on yksinkertainen tapa ryhmitellä toimintaan vaikuttavia lukuisia tekijöitä havainnolliseen nelikenttämuotoon. (pk-rh www-sivut 2020)

Vahvuuksina kotikuntoutustiimin toiminnan aloittamisessa ovat, että kotikuntoutustiimiin on saatu sairaanhoitajan resurssi kahdeksi päiväksi viikossa sekä kaksi lähihoitajan toimea. Innokkaat työntekijät, jotka ovat valmiina aloittamaan kotikuntoutustiimin toiminnan ja pitävät kuntoutusta tärkeänä. Vahvuutena on myös yhteistyö vuodeosaston fysioterapeutin kanssa, joka pystyy arvioimaan jo osastolla tarpeen kotikuntoutustiimin palveluille.

Heikkouksina ovat, että toiminnan alkaessa asiakkaita voi tulla paljon tai vähän. Miten saadaan käynnit oikein ajoitettua. Mahdolliset poissaolotilanteet. Miten poissaolotilanteessa saadaan käynnit järjestettyä, jaetaanko töitä eri työntekijöille, vai saadaanko sijainen. Kotikuntoutustiimin toimintamalli ei ole toimiva.

Mahdollisuuksina kotikuntoutustiimin toiminnassa on tulevaisuudessa toiminnan laajentaminen, kun päättäjille pystytään esittämään kotikuntoutustiimin toiminnan kannattavuus. Kotikuntoutusjakson päätyttyä asiakkaat pärjäävät ilman kotihoidon palveluja. Uhkina kotikuntoutustiimin toiminnassa on, että resursseja ei löydy toimintaan.

Tällöin toiminta ei pääse alkamaan tai joudutaan keskeyttämään Covid-19 tilanteen vuoksi. SWOT- analyysi liitteessä 3.

4.3 Projektin vaiheistus

Projektin käynnistämisen on joku tarve, joka osaltaan määrittää projektin kohdistumisen ja laajuuden (Mäntyneva 2016, 16). Olen toiminut kolmisen vuotta kotihoidon työnjakana, jonka yhtenä toimenkuvaan kuuluvista asioista on ottaa vastaan kotiutuspuhelimet ja järjestellä asiakkaiden kotiutukset. Työnjakaja sopii kotihoidolle sopivan kotiutusajankohdan, asiakkaan seuraavan käynnin ajankohdan, ja pitääkö hoitajan mahdollisesti olla vastassa asiakkaan kotiutuessa. Miten löytyy hoitajalle aikaa huolehtia kaikki kotiutumiseen liittyvät asiat kuten esimerkiksi lääkkeiden jaon. Tästä tuli ajatus parantaa asiakkaiden kotiutuksia. Aloitin aiheeseen tutustumisen lokakuussa 2019.

Projektin aloittamispäätöksen jälkeen määritellään projektin laajuus ja kattavuus sekä tarkemmat tavoitteet. Tehtävälle kohdennetaan ihmiset ja resurssit, jotta projekti saadaan toteutettua. (Mäntyneva 2016,17) Suunnittelupalaveri oli Perusturvakuntayhtymä Akselissa 15.1.2020, jonka avopalveluiden päällikkö oli kutsunut koolle. Projektisuunnitelma esitettiin 20.1.2020 koulussa, jonka jälkeen vien projektisuunnitelman ja projekti lupa-anomus menivät allekirjoitettavaksi ikäihmisten palvelulinjan johtajalle. (Liitteessä 2.)

Alkukartoitus tehtiin 15.1.20 palaverissa, jossa kävimme läpi kuntouttavan arviointijakson raporttia ja siihen tehtyjen kehitysehdotusten mukaan lähdimme valmistelemaan kotiutustiimiä. Käytin hyödyksi myös lähikuntia ja pyydän mahdollisesti heitä kertomaan toiminnasta projektiryhmälle.

Toteuttamisvaiheessa keskitytään toteuttamaan projekti. Mikäli projektin aikana ilmenee, että suunnitelmaan tarvitaan muutoksia, tehdään tarpeelliset korjaavat toimenpiteet. (Mäntyneva 2016,17) Kevään 2020 aikana työryhmä aloitti kotikuntoutustiimin suunnittelemisen ja kotiutustiimin toiminta alkoi mahdollisesti hiljalleen kevään ja alkukesän 2020 aikana.

Projektin tulee päätökseen, kun projektin tuotos on saatu valmiiksi ja projektipäällikkö on laatinut projektin loppuraportin (Mäntyneva 2016, 17). Projektisuunnitelmaan liittyvät tehtävät ovat tehtynä ja projektin tilaaja hyväksyy lopputulokset, projekti päättyy (Mäntyneva 2016, 143). Valmis opinnäytetyö esitellään tilaajalle keväällä 2021.

4.4 Arviointisuunnitelma

Projektin tuotos luovutetaan päätösseminaarissa, johon ottavat osaa kaikki projektiin osallistuneet ihmiset sekä työntilaaajan edustajat. Tulokset esitellään yleisölle ja niiden pohjalta käydään keskustelua ja pohditaan tuotosta (Kettunen 2012, 170). Valmis työ esitetään erikseen sovittavassa tilaisuudessa Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Organisaatio antaa palautteen opinnäytetyöstä koululle. Arvioin työtäni koko teko vaiheen ajan. Opinnäytetyössä on erillinen pohdinta osio, jos arvioin opinnäytetyön teon sujuvuutta ja onnistumisia ja epäonnistumisia. Pyydän työryhmäni jäseniltä palautetta toiminnastani palaverien jälkeen.

Kotikuntoutustiimin toimintaa arvioidaan pitämällä seurantataulukkoa, josta nähdään kuukausittainen asiakkaiden määrä. Mistä tulleet kotikuntoutustiimin jaksolle, miten kauan olleet kotikuntoutustiimin asiakkaana, tehdyt mittarit, mikä on palveluiden tarve jakson jälkeen vai tarvitseeko palveluita ollenkaan.

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA TULOS

Työryhmä aloitti 15.1.20 ensimmäisellä palaverilla, jossa avopalvelujen päällikön johdolla käytiin lävitse kotikuntoutustiimin perustamista. Pohdittiin millä nimellä kutsutaan tulevaa projektia ja päädyttiin että nimeksi tulee kotikuntoutustiimi. Tämä nimi sisältää kuntouttavan arviointijakson sekä kotiuttamisen. Kuntouttaminen haluttiin saada myös nimessä näkyväksi.

Kuntouttavan arviointijakson pituus on 5 viikkoa. Ensimmäisessä palaverissa päätettiin palvelulle hinta, joka on 12e/käynti ja jos päivässä tulee useampia kotikäyntejä, on hinta 24e/päivä.

Kotikuntoutukselle oli saatu 2 lähihoitajan toimea täytettäväksi sekä 40% sairaanhoitajan toimi. Näiden toimien myötä kotikuntoutustiimin perustaminen mahdollistui. Palaverissa sovimme, että opinnäytetyön tekijä toimii projektiryhmänvetäjänä ja palaverissa olijat muodostivat työryhmän, jotka olivat luomassa kotikuntoutustiimin toimintamallia.

Kotikuntoutustiimin toiminnan oli määrä käynnistyä 31.3.2020. Siihen mennessä tuli toimintamallin olla valmiina. Kotikuntoutustiimin työryhmän palavereissa kävimme läpi toimintaan liittyviä yleisiä asioita ja pohdimme käytännön asioita muun muassa tilastoinneista, puhelimen vastaamiskäytännöistä, työvuoroista ja mittarien käytöstä. Lisäksi sovimme, että kävisimme tutustumassa Raision ja Kaarinan kotikuntoutustiimeihin. Palaverimuistiot Liitteessä 5.

Työryhmän palavereita ehdittiin pitämään kolme. Vuodeosaston fysioterapeutti oli mukana kahdessa palaverissa ja näin saimme yhteistyö kuviot sovittua. Vuodeosaston fysioterapeutti on jatkossa yhteyshenkilö osastolta kotikuntoutustiimiin.

Toimintamallin kehittämissä käytettiin vertailukehittämisessä Raision kotikuntoutustiimintoimintamallia. Tarkoituksena oli käydä tutustumassa myös Kaarinan kotikuntoutustiimin toimintaan. Valitsemieni tutkimuksien kautta perehdyin myös Porin Perusturvalla olevaan kotiutustiimin toimintaan.

5.1 Toimintamalli

Toimintamalli kehitettiin teorian tietoa, pilottina toimineen kuntouttavan arviointijakson materiaalia ja vertaiskehittämistä käyttämällä. Raision kotikuntoutustiimiin toimintaan tutustumisen jälkeen päädyimme siihen, että arviointikäynnin tekee hoitaja yhdessä fysioterapeutin kanssa, toisin kuin alustavassa ajatuksessa oli, jossa kotihoitaja geronomi tai kotikuntoutustiimin sairaanhoitaja tekisi arviointikäynnin. Kotikuntoutusjakson kohderyhmänä oli tarkoitus olla kotihoitajan uudet sekä vanhat asiakkaat, jotka ovat joutuneet osastolle ja tarvitsevat kuntoutusta kotiutumiseen. Projektiryhmä päätyi

siihen, että kotikuntoutustiimi järjestää tehokuntoutusta sitä tarvitsevalle kotihoidon asiakkaalle, kuten Raision kotikuntoutustiimissäkin.

Mittareista tutkittiin teoria tietoa ja samalla niihin hyödynnettiin vertaiskehittämistä. Whodaksen käyttöä suositeltiin Raisiossa ja päätimme kokeilla sitä. Teoria tiedon kautta projektipäällikkö tutki myös jakson pituutta ja millaisia mahdollisuuksia toiminnalle on jo olemassa sekä arkikuntoutuksen hyötyjä.

Kotikuntoutustiimin toimintamalli syntyi projektin tuotoksena. Projektiryhmä suunnitteli, miten käyntien aloitus tapahtuu, kuinka pitkä on kuntouttava jakso voi olla, mitä mittareita käytetään ja missä kohtaa kotikuntoutusjaksoa mittareita käytetään. Miten jakso päättyy ja kuinka jatkohoidon ohjaus tapahtuu. Kotikuntoutustiimintointamallin prosessikaavio on nähtävillä liitteissä Liite 4.

Yhteydenotto kotikuntoutustiimiin tulee soittona Perusturvakuntayhtymä Akselin vuodeosastolta joko fysioterapeutilta tai osastosihteeriltä. Soitto voi myös tulla Tyksistä, asiakkaalta itseltään, omaiselta tai muulta hoitavalta taholta. Puhelimeen vastannut hoitaja ottaa esitiedot ylös ja sopii arviointikäynnistä sekä käyntien aloituksesta.

5.1.1 Arviointikäynti

Kotikuntoutustiimin käynnit pyritään aloittamaan heti, jopa samana päivänä, kun asiakas kotiutuu. Arviointikäynneille pääsääntöisesti menee Kotikuntoutustiimin hoitaja (lähihoitaja tai sairaanhoitaja) yhdessä fysioterapeutin kanssa. Mikäli fysioterapeutti ei pääse osallistumaan ensimmäiselle käynnille, hän tekee käynnin sovitusti myöhemmin.

Arviointikäynnin sisällölle luotiin fraasipohja Lifecaren potilastietojärjestelmään khtots-lehdelle. Tämä fraasipohja toimii myös pohjana arviointikäynnille, jossa asiakkaan asiat selvitetään kokonaisvaltaisesti ja pystytään löytämään avuntarpeet. Jokaisella arviointikäynnin tekijällä on yhtenäiset kysymykset, jonka vuoksi saadaan arviointikäynnit kirjattua yhteneväisesti. Fysioterapeutti tekee käynnillä toimintakyky ar-

vioin sekä kartoittaa mahdollisen apuvälineiden tarpeen. Käynnin pohjalta fysioterapeutti tekee kuntoutussuunnitelman, jota toteutetaan kotikuntoutuskäynneillä. Fysioterapeutti kirjaa arviokäynnistä toimintakyky osion.

Asiakkaan tulee olla motivoitunut ja sitoutunut, jotta sopii kotikuntoutusjaksolle. Asiakas asettaa arviokäynnillä tavoitteen kotikuntoutusjaksolle, jota lähdetään tavoittelemaan. Arviokäynnin tekijä laittaa tavoitteen ylös. Hän kirjaa sen myös kotikuntoutustiimin toimistolla olevalle valkotaululle, jonne laitetaan jakson alkamisaika ja tavoite, jotta voidaan seurata jakson edistymistä. Asiakkaasta tehdään RAI screener arviointikäynnin jälkeen.

5.1.2 Jatko-ohjaus

Mikäli arviokäynnillä arvioidaan, ettei asiakas tarvitse kotikuntoutustiimin palvelua palvelu päättyy arviointikäyntiin. Kotikuntoutustiimin arviointikäynti voi tulla myös asiakkaalle, jolle kotikuntoutustiimin palvelut eivät ole riittäviä esimerkiksi muistisairauden, mielenterveyden tai päihdeongelman vuoksi. Hänet ohjataan oikean palvelun piiriin. Näiden asiakkaiden kotikuntoutustiimin palvelut päättyvät.

5.1.3 Kuntouttavat käynnit ja mittarit

Arviointikäynnin jälkeen alkavat kuntouttavat kotikäynnit, joita toteutetaan moniammatillisesti. Kotikäynnin tekee sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja joskus myös geronomi, riippuen työvuoroista. Kotikäynneillä ollaan asiakkaan tarvitsema aika, keskimääräinen käynnin kesto on noin tunti. Käyntejä voi olla 1-3 päivässä, tai harvemmin riippuen asiakkaan toimintakyvystä ja syystä minkä vuoksi hän on kotikuntoutustiimin jaksolla. Esimerkiksi tekonivel leikkauksen jälkeen käynnit saattavat olla joka toinen päivä, jos asiakas pystyy itsenäisesti tekemään jumppaohjelmansa.

Kuntouttavilla kotikäynneillä asiakas tekee mahdollisimman paljon itse, joko hoitajan avustuksella tai sanallisella ohjauksella. Ensimmäisillä käynneillä arvioidaan asiakkaan pärjääminen aamutoimissa, mihin tulee jatkossa kiinnittää huomiota ja mitä pitää tehdä, jotta asiakas pystyy esimerkiksi tekemään puuron itse tai vaihtamaan vaippansa.

Pystyykö hän pukeutumaan itsenäisesti ja missä tarvitsee apua. Käynnin yhteydessä tehdään myös muun muassa jumppaa.

Päiväkäynneillä arvioidaan, pystyykö asiakas itsenäisesti laittamaan tai lämmittämään ruuan, arvioidaan toimintakykyä suihkussa, ulkoilussa ja muissa päivittäistoimissa. Iltakäynneillä arvioidaan iltatoimissa selviytymisen tarve. Asiakasta kuntoutetaan selviytymään mahdollisimman itsenäisesti arjesta. Kotikuntoutus jakso kestää 1-5 viikkoa.

Ensimmäisten kuntouttavien käyntien aikana tehdään sovitut mittarit Whodas 2.0 ja SBBP-testi. Tarpeen vaatiessa myös GDS ja MNA. Fysioterapeutti tekee kotikuntoutustiimin asiakkaalle SPPB-testin kotikuntoutustiimin jakson alkaessa sekä loppuessa mikäli asiakas on soveltuva testiin.

Kotikuntoutustiimin työntekijät tekevät asiakkaalle MNA-testin virhe- tai aliravitsemusta epäiltäessä. Testin kautta he pystyvät keskustelemaan ravitsemuksesta asiakkaan kanssa ja antamaan ravitsemukseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Geriatriinen depressio asteikko tehdään, jos kotikuntoutustiimin työntekijät huomaavat asiakkaassa depression liittyvää oireilua. Työntekijät konsultoivat lääkäriä, mikäli testi tulos viittaa lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan depression. Kotikuntoutus tiimin hoitajat voivat huomata asiakkaalla muistiongelmia. Muistiongelman huomattua kotikuntoutustiimin hoitajat ovat tarvittaessa yhteydessä Perusturvakuntayhtymä Akselin muistihoitajaan.

5.1.4 Loppuarvio ja jatko-ohjaus

Kotikuntoutustiimin jakson loppuessa tehdään asiakkaalle loppuarvio. Fysioterapeutti tekee SBBP-testin uudelleen, jotta pystytään arvioimaan, kuinka paljon toimintakyky on muuttunut alun jälkeen. WHODAS 2.0 testi tehdään myös lopuksi.

Loppuarviossa tehdään RAI Screener uudelleen.

Kotikuntoutustiimin jakson lähestyessä loppuaan sovitaan viimeisestä käyntipäivästä. Asiakkaan kuntouduttua omatoimiseksi kotikuntoutustiimin jaksolla kotikuntoutustiimin palvelut päättyvät. Mikäli asiakas tarvitsee tukipalveluita esimerkiksi ateriapalvelun tai turvapuhelin palvelun ne järjestetään hänelle. Jos asiakas siirtyy säännöllisen kotihoidon palveluihin, sovitaan siirtopalaveri kotihoidon kanssa. Siirtopalaveriin osallistuu kotikuntoutustiimin työntekijä, kotihoidosta tiiminsairaanhoitaja, asiakas, mahdollisesti myös asiakkaan omainen. Siirtopalaverin jälkeen kotihoito aloittaa käynnit joko samana päivänä tai erikseen sovittuna ajankohtana. Asiakkaan kotikuntoutusjakso päättyy.

6 PROJEKTIN ARVIOINTI JA PÄÄTTÄMINEN

Projektin päättyessä ei tehdä virallista päätöstä, mutta kuitenkin se päätetään henkisesti ja päätöksenteon tasolla. Päätettäessä projekti siitä kirjoitetaan tilaajalle loppuraportti. Projekti palautetaan suunnitteluvaiheessa sovittuna aikana. Projektin tuotos esitelleen sovitusti. Projekti saatetaan päättää myös keskeneräisenä, mikäli projekti osoittautuu mahdottomaksi toteuttaa, tai sen perusteet muuttuvat oleellisesti kesken kaiken. (Kettunen 2012, 169)

Kotikuntoutustiimi perustettiin 30.3.2020 Perusturvakuntayhtymä akseliin. Työryhmä kokoontui lyhyellä aikavälillä kolme kertaa. Mikäli oli mielestäni hyvä ratkaisu kokoontua niin monta kertaa, jotta saimme käytyä lävitse kaikki kotikuntoutustiimin toimintaan liittyvät asiat ja saimme hiottua käytännön asioita kuntoon.

Työryhmä kävi helmikuussa tutustumassa Rasion kotikuntoutustiimiin. Rasion kotikuntoutustiimin fysioterapeutti esitteli työryhmälle Rasion toimintamallin. Saimme Rasion mallista paljon ideoita omaan toimintamalliimme ja pystymme vertailukehitämään Perusturvakuntayhtymä Akselin toimintamallia. Kaarinassa on myös toiminnassa kotikuntoutustiimi ja työryhmän oli tarkoitus tehdä vierailu siellä, mutta Covid-19 tilanteen vuoksi peruuntui käynti.

Covid-19 pandemiasta huolimatta kotikuntoutustiimin toiminta aloitettiin sovitusti ja muutaman asiakkaan kotiutumisesta oli sovittu ennalta vuodeosaston kanssa. He kotiutuivat osastolta samana päivänä, kun toiminta alkoi. Huhtikuun 2020 aikana kotikuntoutustiimissä oli 19 asiakasta. 4 asiakasta ei jäänyt kuntoutusjaksolle arviointikäynnin jälkeen. Yhdellä ei ollut palvelun tarvetta, kaksi kotiutui osastolta ja siirtyi kotihoidon palveluihin vanhoina asiakkaina ja menehtyi ennen kotiutusta.

Kyseisellä ajanjaksolla jakson keskimääräinen pituus oli 12 vuorokautta, vaihdellen 2-37 vuorokauden välillä. Keskimääräinen käyntimäärä jaksolla oli 25 käyntiä, vaihdellen 2 ja 107 päivän välein. Käyntejä saattoi olla kolme kertaa vuorokaudessa tai kerran viikossa

Huhtikuun aikana WHODAS mittari tehtiin neljällä asiakkaalla. Alkumittauksen keskiarvo 35 ja loppumittauksen keskiarvo 34,65. Ero oli 0,35. SPPB toimintakyky mittari tehtiin yhdelle asiakkaalle alkumittauksessa sai 1 pisteen 12:sta pisteestä ja loppumittauksena 3 pistettä. Tulos parani 2 pistettä. Kolmelle asiakkaalle ei testiä pystytty tekemään. Lisäksi jos jakso on lyhyt, ei vaikutusta testituloksen näkökulmasta saada syntymään. MNA alkumittaus tehtiin kolmelle asiakkaalle. Hajonta 19,5 ja 13,5 välillä. Keskiarvo oli 15,67 (Riski aliravitsemukselle on kasvanut jos pistemäärä 17-23,5 ja asiakkaalla virheravitsemus, jos pisteet alle 17).

Kotikuntoutusjakson jälkeen kolme asiakasta ei tarvinnut jakson jälkeen palveluita. Yhdelle asiakkaalle aloitettiin tukipalveluna ateriapalvelu. Yhdeksän asiakasta siirtyy säännöllisen kotihoidon piiriin, joista kuusi vanhoina asiakkaina. Yksi kotihoidon vanhoista asiakkaista ei pärjännyt jatkossakaan kotihoidon palveluilla vaan siirtyi ympärivuorokautiseen hoitoon. Uusia kotihoidon asiakkaita tuli kolmesta asiakkaasta. Kahdella asiakkaalla kuntoutusjakso vielä kesken tuloksia otettaessa.

Toiminta lähti hyvin käyntiin, mutta nopeasti nähtiin tarve viikonlopun iltavuoroille. Kotihoidosta perehdytettiin työntekijä kotikuntoutustiimin toimintaan ja sen myötä saatiin kotikuntoutustiimiin jokaiselle viikonpäivälle aamu- ja iltavuorolainen. Kotihoidosta saatiin järjestettyä lisäresursseja kesän aikana kotikuntoutustiimille. Kotikuntoutustiimiin siirtyi yksi lähihoitaja. Asiakasmäärä on vaihdellut, välillä ollut monta asiakasta kuntoutusjaksolla, kun taas välillä ollut hiljaisempaa. Hiljaisina ajankohtina

kotikuntoutustiimin työntekijät ovat tehneet kotihoidon asiakkaille tehokuntoutuskäyntejä sekä auttaneet kotihoidon kentällä.

Suurin murhe kotikuntoutustiimin toiminnassa on ollut vallitseva pandemia tilanne ja sen vaikutuksesta kotikuntoutustiimin. Mikäli kotihoidossa olisi todettu asiakkailta koronavirusta olisi kotikuntoutustiimin toiminta jouduttu keskeyttämään. Tilat olisivat siirtyneet koronahoitajien käyttöön ja kotikuntoutustiimin työntekijät olisivat siirtyneet kotihoidon kenttätöihin avuksi.

Kehittämistehtävä alkua saatiin tehtyä suunnitellussa aikataulussa, mutta loppuraportin kirjoittaminen viivästyi suunnitellusta aikataulusta pandemian tuomien aikataulumuutosten vuoksi. Palautteen kerääminen jäi suppeaksi. Sain suullista palautetta yhteishenkilöltä sekä muilta projektiryhmäni jäseniltä. Minun piti kerätä kirjallinen palaute vielä, mutta kotikuntoutustiimin toiminta lähti vauhdilla käyntiin. Pidimme säännöllisesti palavereita kotikuntoutustiimin työntekijöiden kanssa ja lisäksi palavereissa oli lähes koko projektiryhmä paikalla. Puhuimme siellä avoimesti toiminnasta ja muuttimme tarvittaessa asioita. Whodas mittari jäi pois mittareista, kun koettiin hankaluuksia sen täyttämässä ja kysymykset eivät olleet sopivia kaikille asiakkaille. Osa asiakkaista oli saattanut olla pitkään sairaala tai vuodeosastohoidossa, joten mittarin käyttö ei palvellut kotikuntoutustiimiä.

Projektiryhmän palavereiden jälkeen minulle annettiin palautetta projektipäällikkönä olemisesta ja miten voisin valmistautua aina seuraavaan palaveriin. Sain myös neuvoja ja palautetta aikataulussa pysymisestä, etteivät palaverien aikataulut ylity. Ohjeeksi annettiin seurata kelloa palaverin aikana. Pysytään sovituissa asioissa, ettei lähdetä muita asiaankuulumattomia asioita selvittämään. Valmistautuminen seuraavaan palaveriin siten, että esityslista ja tarvittavat tiedot lähetetään etukäteen projektiryhmälle, jotta materiaaliin voi tutustua etukäteen ja asioita pystytään käsittelemään palaverissa. Sain neuvoja tehtävien jakamiseen ja avun pyytämiseen.

Kotikuntoutustiimin toimintaa pidettiin hyvänä, koska Perusturvakuntayhtymä Akselilla oli pilotti kuntouttavasta arviointijaksosta, ja sen myötä nähtiin, että kotikuntoutustiimille oli selkeä tarve. Projektiryhmä antoi avointa palautetta, jossa koettiin koti-

kuntoutustiimin olevan tärkeä asia. Asiakkaille pystyttiin antamaan heidän tarvitsemansa aika, ja asiakas saa tehdä mahdollisimman paljon itse. Toiminnassa pystyttiin hyödyntämään kuntouttavaa työtettä.

Kehittämistehtävälleni antamat tavoitteet täyttyivät, kun asiakkaiden kotiutumiseen saatiin aikaa. Kotikuntoutustiimin toiminnan avulla asiakkaita saadaan kuntoutettua siten, etteivät he vielä tarvitse kotihoidon palveluita. Kevään tuomien aikataulumuutosten vuoksi sain olla töissä kotikuntoutustiimissä toiminnan alkuvaiheessa ja näin pääsin konkreettisesti näkemään miten toimintamalli toimi käytännössä ja millaisia muutoksia siihen voisi olla hyvä tehdä.

7 POHDINTA

Omaa ammatillista kehittymistä on tapahtunut kehittämistehtävää tehdessä. Kiinnostus parantaa asiakkaiden kotiuttamista ja kotona kuntoutumista kohtaan on ollut avuksi projektia tehdessä. Projektipäällikkönä toimiminen oli luontevaa, joskin jännittävää. Aikaa piti järjestää, jotta pystyi valmistelemaan palaverit, tutusmiskäynnit ja muita Kotikuntoutustiimiin liittyviä asioita. Välillä tuntui ettei aika riitä kaikkeen ja piti miettiä asioiden tärkeysjärjestystä. Se etten pysynyt tekemään kehitystehtävää valmiiksi sovitussa aikataulussa on harmittanut. Mutta olen myös oppinut, että asioihin voi tulla muutoksia ja ne on hyväksyttävä. Luottamus omaan toimintaa ja osaamiseni on kasvanut.

Tutustuin teorian tietoon ennen työryhmän käynnistymistä ja koko projektin aikana hain teoria tietoa asioiden tueksi. Mittareita mietittäessä tutustuin Toimia tietokannassa eri mittareihin, jotta pystyimme miettimään, mitä mittareita otamme käyttöön. Whodas-mittari oli kaikille vieras, siitä teorian tiedon kertominen auttoi muita ymmärtämään, miten mittaria käytetään. Millaiselle kohderyhmälle on toimiva sekä millaisia tuloksia kertoo. Keräsin kasaan työryhmän johtopäätökset ja niiden pohjalta loin toimintamallin prosessikaavion ja avasin sisällöt prosessikaaviona otsikoihin.

Kotikuntoutustiimin toimintamallin luominen ja toiminnan aloitus osaksi kotihoidon toimintaa ovat tärkeä asia toiminnan kehittymisen kannalta. Toimintamalli syntyi työryhmän palaverien perustuvista päätöksistä. Käytännön asioista pystyttiin keskustelemaan ja asioita käsiteltiin monipuolisesti. Jokaiseen asiaan saatiin lopputulos aikaiseksi. Toimintamallissa pystyttiin hyödyntämään kotihoidon prosessimallia kotikuntoutustiimin toiminnan kehittämisessä. Toimintamallia on mahdollisuus muuttaa nähdessä miten toiminta lähtee käyntiin ja havaitaan muita hyviä toimintatapoja.

7.1 Eettinen näkökulma

Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja sekä elää että toimia maailmassa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa sekä toisten toimintaa. Samalla tutkimaan oman toimintansa perusteita. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, mutta se tarjoaa erilaisia ajattelun ja pohtimisen välineitä. (Eettisen neuvottelukunnan www-sivut 2020)

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta, raportointi ja arviointimenetelmiä. Noudatetaan avoimuutta tuloksissa. Otetaan huomioon muiden työt ja annetaan niille oikea arvo. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364) Korostetaan luottamuksellisuutta, kollegiaalisuutta ja muiden ammattiryhmien kunnioittamista (Eettisen neuvottelukunnan www-sivut 2020).

Työntekijällä on velvollisuus ylläpitää ja kartuttaa omia tietojaan ja taitojaan sekä huolehtia työnsä riittävästä laadusta (Eettisen neuvottelukunnan www-sivut 2020). Käytin opinnäytetyössäni hyvää eettistä ja tieteellistä käytäntöä. Lähteet ovat luotettavia ja teoriatieto on asianmukaista. Kokouksista tehtiin muistiota ja tieto jaettiin tasapuolisesti kaikille. Kuuntelin kaikki työryhmäni jäseniä ja arvostan heidän ammattitaitoaan ja kokemuksia.

Yhteistyötä tarvitaan eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamisessa. Kotikuntoutustiimissä tarvitaan vuorovaikutusta ja

järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. Keskinäinen luottamus ja vastavuoroinen tuki terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien välillä auttaa selviytymään yhteisesti haasteista. Terveydenhuollon on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla väestön kasvavasta hoidon tarpeesta. (Eettisen neuvottelukunnan www-sivut 2020).

Kotikuntoutustiimin eettisessä asiakaslähtöisyydessä, jossa korostuu sekä asiakkaan huomioiminen, että huoli kotikuntoutustyön oikeudenmukaisesta jakautumisesta alueella (Jokiranta 2017,29). Asiakkaista huomioidaan esimerkiksi toimintakykyä, asennetta kuntoutumista kohtaan sekä miten kokevat yksinäisyyden. Kotikäynnit suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan näkökulmasta.

Kotikuntoutuksessa tulisi olla työntekijöiden näkökulmasta eettistä asiakaslähtöisyyttä, jota toteutetaan alueellisena monipuolisena ja monitoimijaisena yhteistyönä työntekijän hyvinvoinnista huolehtien. (Jokiranta 2017, 48)

7.2 Kotikuntoutustiimin toimintamallin hyödyntäminen ja arviointi

Kotikuntoutustiimin toimintamallia pystytään käyttämään jatkossa palvelutarpeen arviointia kehittäessä. Toimintamalli on kuvattu prosessikaaviona, joten Perusturvakuntayhtymä Akselin työntekijöillä on mahdollisuus helposti saada selville miten asiakkaan polku etenee kotikuntoutustiimissä. Lisäksi toimintamallin avulla pystymme myös arvioimaan ja keräämään tietoja palvelun saatavuudesta sekä minne asiakkaat ohjautuvat Kotikuntoutustiimin jakson jälkeen. Toimintamallin avulla kotihoidon palvelutarpeen arviointi käynnit ovat vähentyneet. Asiakkailta, jotka siirtyneet kotihoidon asiakkaaksi kuntoutus jakson jälkeen, on valmiina tiedossa kriteerien mukainen tarve kotihoidon palveluille.

Kotikuntoutusjaksoa voidaan ajoissa alkaa suunnitella asiakkaille Perusturvakuntayhtymä Akselin akuutilla vuodeosastolla, jos vuodeosaston fysioterapeutti arvioi asiakkaan hyötyvän jaksosta ja asiakas saadaan kuntoutettua kotioloissa ja vuodeosaston hoito aika lyhenee.

Jatkokehittämisenä voisi tutkia asiakastyytyvääisyyttä ja sitä kautta tulevia kehitysideoita. Myös fysioterapeuttien osallisuutta kotikuntoutustiimin toiminnassa voidaan tarkentaa. Toiminnan vakiinnuttamista ja kehittämistä osaksi kotihoitoa voitaisiin myös tutkia esimerkiksi haastattelemalla työntekijöitä.

LÄHTEET

- Autti-Rämö, I., Salminen, A., Rajavaara, M. & Ylinen, A. 2016 Kuntoutuminen. Kustannus oy Duodecim 2020. ISBN 978-951-656-464-0.
- Duodecim www-sivut. 2019. Viitattu 11.10.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/pgr00024>
- Duodecim www-sivut. 2020 Viitattu 27.9.2020. <https://www.terveysportti.fi/>
- Eettisen neuvottelukunnan www-sivut. 2020. Viitattu 31.1.2021. <https://etene.fi/>
- Finne-Soveri, H. 2015. Hyvä vanhuus. THL:n tutkimusprofessori: Sairaala ei tee hyvää vanhukselle. ET: lehti 27.3.2015. Viitattu 10.12.2020. <https://www.etlehti.fi/artikkeli/ihmiset/lukijan-nuoruusmuisto-tauno-palo-lauloiminulle-serenadin>
- Gröhn, V. & Sutinen, K. 2020. Kotikuntoutuksen juurtuminen ja kehittäminen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Karelia ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020090720169>
- Halminen, N. 2019. Kotiuttamistiimin merkitys ikäihmisen kotona selviytymisessä. YAMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019052411774>
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Ikäinstituutin www-sivut 2020. Viitattu 11.10.2020. <https://www.ikainstituutti.fi/>
- Innokylän www-sivut 2019. Viitattu 12.1.2020. <https://www.innokyla.fi/>
- Jokiranta, L. 2017. Ikääntyneiden moniammatillisen kotikuntoutuksen merkityksiä työntekijöille. Fysioterapian pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Liikuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 18.1.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54549/1/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201706192936.pdf>
- Jyväkorpi S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Helsinki. Helsingin Yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978951-51-2019-9>
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Karjalainen, M-L & Meriläinen-Porras, S. 2018. Kotikuntoutuksen pilotointimallin koulutusdiat. Lohjan kaupunki.

Ketola, T. 2018. Kotiuttamistiimin toiminnan kehittämismalli. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803273841>

Kettunen, S. 2012. Onnistu Projektissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Laine, J. 2019. ”Muualla hyvä, kotona paras”: kotiutustoiminnan kehittäminen Loimaan kotihoidossa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201904024174>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. 1.p. Printon Viro: Helsingin seudun kaupakamari/ Helsingin Kamari Oy

Mustajoki, M., Pellikka, M., Alila, A., Rasimus, M., Matilainen, E. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto Kuopio. Viitattu 1.11.2020 ISBN: 978-952-61-0546-8 (PDF)

Ojala, S. 2018. Tehostetun kotikuntoutuksen vaikutus ikääntyneiden fyysiseen aktiivisuuteen ja toimintakykyyn sairaalajakson jälkeen. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Liikuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 23.1.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201810114399>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. 3. painos. Helsinki: WSOY Pro.

Oppariavun www-sivut. 2020. Viitattu 31.1.2021. <https://oppiapu.wordpress.com>

Perusturvakuntayhtymä Akseli www-sivut.2020. Viitattu 9.1.2020. <https://www.soteakseli.fi/>

Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2019-2021. Viitattu 27.9.2020. <https://www.soteakseli.fi/serve/palvelutasosuunnitelma>

Pk-rh www-sivut 2020. Viitattu 20.10.2020 <https://pk-rh.fi/tools/swot.html>

Raisionkaupungin www-sivut. 2019. Viitattu 11.10.2020. Omavalvontasuunnitelma kotihoito 2019. <https://raisio.fi>

Raisionkaupungin www-sivut. 2019. Viitattu 15.12.2020. <https://raisio.fi>

Rannikko, E. 2019. Kotiutustiimin toimintamalli Porin Perusturvan vanhuspalveluille. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201603072916>

Reunanen, M. A. T. 2017. Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Viitattu 11.10.2020 http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62863/Reunanen_Merja_ActaE_216_pdfA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sarajärvi A. 2008. Näyttöön perustuva osaaminen hoitotyössä, alustava toimintamalli. Toimintamallin käsitelmäärittelyä, sisältöjä toimintatapoja.

Seppänen-Järvelä, R. 2005. Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt menetelmä käsikirja. Stakes 2005. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmät.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2020. Viitattu 6.1.2021. <https://stm.fi/>

Suomen fysioterapeutit. 2020. Ikääntyvien kotikuntoutus. Viitattu 23.1.2021. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantuvien-kotikuntoutus/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos www-sivut. 2020. Viitattu 27.9.2020. <https://thl.fi>

Turun kaupungin www-sivut.2019. Viitattu 4.1.2020. <https://www.turku.fi>

Varkauden kaupungin www-sivut 2020. Viitattu 27.9.2020. <https://www.varkaus.fi/>

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H.& Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi

Rajasin hakua vuosille 2014-2019

Asiasanat ja tietokannat taulukkoon

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväksytyt
Samk Finna	Tarkennettu haku: "(Kaikki osumat: kotiut* and kaikki osumat ikään*) Aikaväli: 2014-2019	13	2
Medic	kotikun* AND ikään*	8	2
Theseus	Kaikki sanat= kotikuntoutustiimi	119	1
Cinahl	discharge and discharge-team	13	0

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Käytetyt mittarit / ai- neiston keruu	Keskeiset tulokset
1 Ran- nikko Eija, 2016, Suomi	Kotiutustiimin toimintamalli Porin perustur- van vanhuspal- veluille	Ikääntyneet. sairaala hoidon jälkeiset poti- laat, jotka ko- tiutuvat.	Kirjallisuuskatsaus, vertailukehittämistä. Toimintamalli toteutet- tiin Service blueprint apuvälinettä hyödyn- täen	Kotiutustiimin toimin- tamalli.
2 Ketola Tanja, 2018, suomi	Kotiuttamistii- min toiminnan kehittämismalli	Sairaalasta ko- tiutuvat	Kirjallisuuskatsaus, metodina kysely ja ky- selyn lomakkeessa vas- tattiin puolistrukturoi- tuihin kysymyksiin.	Kotiutustiimin kehittä- mismalli ja kehitti ko- tiuttamista yhteistyöta- hojen välillä
3 Laine, Johanna, 2019. Suomi	Muualla hyvä, Kotona paras: Kotiutustoimin- nan kehittämi- nen Loimaan kotihoitossa	Kotiutuvat asi- akkaat	integraavinen kirjalli- suuskatsaus ja kompe- tenssikehittäminen	Kotiutustiimin aloitta- minen Loimaalla

4 Halminen, Nina, 2019, Suomi	Kotiuttamistien merkityksen ikäihmisen kotona selviytymisessä	Kotiuttamistienmin ikäihmiset (n=18) ja kotiutustiimin hoitajat (n=7)	Laadullinen tutkimus asiakaslähtöistä Bikva arviointimallia käytäen.	Avun tarpeen tunnistaminen
5. Jokiranta, Laura, 2017, Suomi	Ymmärtää moniammatillisen kotikuntoutuksen merkityksiä kotikuntoutustyöntekijöille.	Kotikuntoutuksen työntekijät	Moniammatilliset sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden ryhmähaastattelut neljällä paikkakunnalla. Fenomenologinentutkimus analyysi	Neljän eri paikkakunnan kotikuntoutustyöntekijöiden yhteneväinen näkemys tämänhetkisestä kotikuntoutusorganisaation toiminnasta.

Vapaamuotoinen projektilupa-anomus

Anon lupaa Perusturvakuntayhtymä Akselilta projektimuotoisen opinnäytetyöni tekemiseen. Anon lupaa tehdä kotiutustiimin toimintamallin, joka perustettaisiin osaksi kotihoitoa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa kotiutustiimin toimintamallin Perusturvakuntayhtymä Akseliin, jonne perustetaan kotiutustiimi. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada kotiutukset sujumaan asiakas lähtöisesti sekä kuntoutusjakson jälkeen mahdollisimman moni asiakas kuntoutuisi mahdollisimman itsenäiseksi kotona asujaksi. Olen asettanut itselleni tavoitteeksi opinnäytetyön tekemisessä, että opin tekemään, jotakin menetelmää käyttäen tekemään toimintamallin, jolla saadaan kotiutukset sujumaan asiakas lähtöisesti. Tavoitteena on oppia toimimaan projektipäällikkönä ja toimimaan yhdessä projektiryhmän kanssa.

Projektiini tulee kuulumaan projektiryhmä, johon kuuluu kotihoidon esimiehiä, lähihoitajia ja fysioterapeutteja sekä vuodeosaston fysioterapeutti. Teen alkukartoituksen kotiutustiimin kehittämiseen 15.1. 2020 palaverissa sekä hyödynnän pilottina olleen kuntouttavan arviointi jakson materiaalia. Olen alustavasti projektisuunnitelmassani käyttänyt nimeä kotiutustiimi, mutta 15.1 2020 palaverissa päätämme mitä nimeä kyseisestä jaksosta tulemme käyttämään.

Työryhmän kanssa suunnittelemme kotiutustiimin toiminnan, jonka pohjalta tulee toiminta malli. Kotiutustiimi aloittaa kevään aikana toiminnan ja valmiin opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syksyllä 2020.

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Hanna Vesterinen

Opiskelijanumero: 1801164

Aloitusryhmä: AHT18SR

Koulutusohjelma: Hoitotyö

Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:
Sirke Ajanko, sirke.ajanko@samk.fi, 0447103556, koulunosoite: Merimäki, suojantie 2, 26101 Rauma

Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus:
Perusturvakuntayhtymä Akseli, Sosiaalityö-, perhe- ja ikäihmisten palvelujen palvelulinjajohtaja Tuija Hassinen-Laine,
Puhelin: 044 435 7544, tuija.hassinen-laine@soteakseli.fi

Opinnäytetyön nimi:
Perusturvakuntayhtymä Akselin kotiutustiimin toimintamalli

Työn etenemisaikataulu:

suunnitelma esitys 20.1.2020 koulussa ->projektilupa->allekirjoitukset, helmi-maaliskuun aikana työryhmän kanssa suunn
Sopimus perustuu hyväksytyyn tutkimus-/projektsuunnitelmaan.

Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.

Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.

Päiväys: 16.2.2020

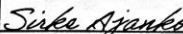
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:


Tuija Hassinen-Laine (16. helmikuuta 2020)


Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:


Tiina Savola (16. helmikuuta 2020)

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:

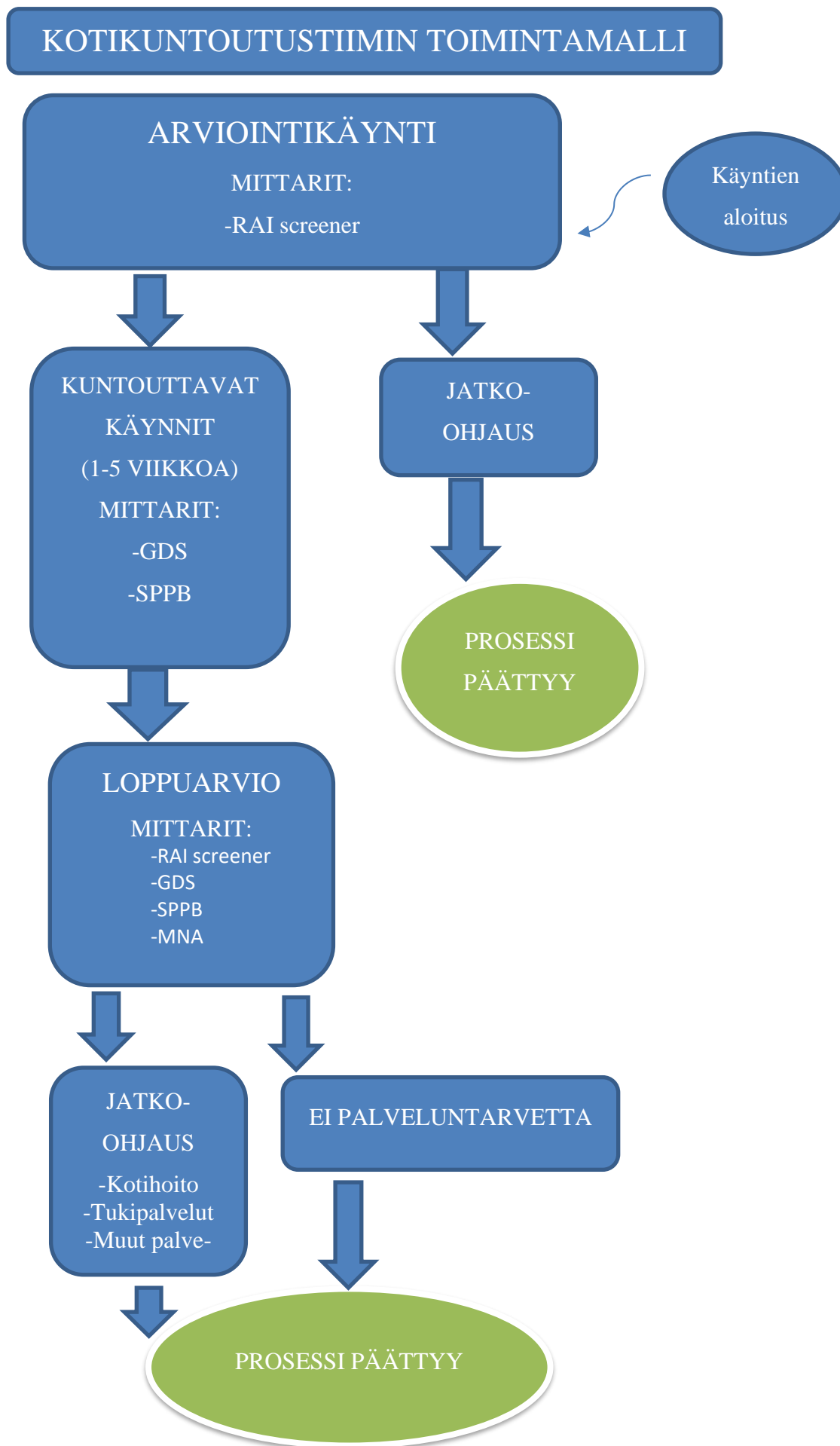

Sirke Ajanko (17. helmikuuta 2020)

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:


Hanna Vesterinen (17. helmikuuta 2020)

SWOT- analyysi

+	-
VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidajan resurssi 2 päivänä viikossa. • 2 lähihoitajan toimea saatu kotikuntoutustiimille. • Innokkaat lähihoitajat, jotka valmiina aloittamaan kotikuntoutustiimintoiminnan. • yhteistyö vuodeosaston fysioterapeutin kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiaksmäärä, voi tulla paljon tai vähän asiakkaita. • Mahdolliset poissaolotilanteet, miten saadaan käynnit järjestettyä.
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> • Jatkossa toiminnan laajentaminen, kun päättäjille pystytään esittämään kotikuntoutustiimin kannattavuus. • Kuntoutuvat asiakkaat, jotka pärjäävät ilman kotihoidon palveluja jatkossa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resursseja ei löydy kotikuntoutustiimin toimintaan. • Toiminta ei onnistuta aloittamaan Covid- 19 tilanteen vuoksi.



Kotikuntoutustiimin työryhmän palaveri muistio 15.1 palaveristä.

Paikalla: Avopalveluiden päällikkö, vastaava sairaanhoitaja, geronomi, kaksi fysioterapeuttia, kaksi lähihoitaja, sosionomiopiskelija ja projektinvetäjä.

Avopalveluiden päällikkö kutsui palaverin koolle. Hanna Vesterisen on tarkoitus tehdä opinnäytetyösuunnitelma kuntouttavalle arviointijakso toiminnalle. Hannan laatima alustava työ nimi opinnäytetyölle on ollut Perusturvakuntayhtymän kotiutus-tiimin toimintamalli.

Alisen toiminta on loppumassa 1.3 ja sieltä vapautuu kotihoidolle 2 toimea. Toimet tulevat helmikuussa avoimeen hakuun. Lisäksi tulee 40 % sairaanhoitajan resurssi kotihoitoon ja 60% on Moisiokodissa. Fysioterapeutin toimea ei saatu.

Jatkossa Vesterinen toimii projektiryhmän vetäjänä ja koolle kutsuna. Työryhmään kuuluu projektiryhmän vetäjän lisäksi avopalveluiden päällikkö, vastaava sairaanhoitaja, geronomi, kaksi fysioterapeuttia, vuodeosaston fysioterapeutti ja kaksi lähihoitajaa.

Mietittiin myös, että aikuisten toimintaterapeutti kutsutaan esittäytymään ja häntä voisi jatkossa konsultoida tarvittaessa.

Pohdittiin millä nimellä kutsutaan tulevaa projektia ja päädyttiin että nimeksi tulee Kotikuntoutustiimi. Tämä nimi sisältää kuntouttavaan arviointi jakson sekä kotiuttamisen ja haluttiin myös saada kuntoutuspuoli esiin.

Seuraavia asioita kävimme läpi palaverissa.

Kohderyhmänä ovat kotihoidon uudet asiakkaat. Myös vanhat asiakkaat, jotka ovat joutuneet osastolle ja tarvitsevat kuntoutusta kotiutumiseen. Vuodeosaston fysioterapeutin kanssa arvioidaan, onko asiakas sopiva kotikuntoutusjaksolle.

Kotikuntoutusjaksolla valmistellaan asiat valmiiksi asiakkaille, jotka siirtyvät kotihoidon asiakkaiksi. Samalla tehdään matalan kynnyksen arviota.

LIITE 5(2)

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on selvittää ja arvioida asiakkaan toimintakyky, todellinen hoidon ja palvelun tarve sekä omat voimavarat. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on parantaa itsenäistä selviytymistä sekä vähentää palveluntarvetta. Toteutuneet tavoitteet palauttavat toimintakyvyn optimaaliselle tasolle ja lisää elämänlaatua.

Kuntouttavan arviointijakson pituus olisi 5 viikkoa (1+4viikkoa). Ensimmäisellä viikolla tutustutaan asiakkaaseen ja tehdään mahdolliset taustatyöt valmiiksi, esimerkiksi selvitetään lääke- ja kotiasioita.

Kotikuntoutustiimin toimitila on Mynämäessä MKTO:n tilojen alakerrassa. Tilaan tulee pöytä, tietokone, tussitaulun, ym. tarvikkeet, jotka avopalveluiden päällikkö lupasi hankkia.

Kotiutustiimin lähtisi aluksi toimimaan kahdella lähihoitajalla, ja he tekisivät aamuvuoro viikkoa ja iltavuoroviikkoa. Aluksi viikonloput ovat vapaana. Sairaanhoidajasta tulee lisäresurssia ja kotihoidosta vapautuu lisäresurssia annospussijakelun myötä. Tarkoituksena mahdollisimman pian ottaa myös viikonloput mukaan, jolloin hoitajat olisivat toistensa varallaolijoita. 3 hoitajalla saadaan pyörimään, mutta 4 hoitajaa on työvuorojen kannalta parempi. Työvuoroissa tulee alkuun olla joustavia ja työvuorot määritellään asiakkaan tarpeen mukaan. Työvuorot ovat samassa listassa kuin kotihoidon muut työvuorot, mutta eriteltynä eri värillä.

Jos saadaan selkeästi näytettyä, että tulee säästöä ja kustannukset vähenevät mahdollisuus saada lisätoimia.

Toiminnan alkaessa mainostetaan toimintaa

Tehtäväkuvaukset tehdään kotikuntoutustiimin toimijoista

Nyt mietittiin alustavasti geronomin ja tulevan sh:n päiviä milloin tekisivät. Geronomi on tehnyt nyt ma, ke, pe arviointikäyntejä. Sairaanhoidaja voisi tehdä ti ja to päivät. Voisiko olla mahdollisesti peräkkäiset päivät, Geronomi on valmis muuttamaan päiviään tarpeen mukaan. Arviokäynnillä tehdään suoraan RAI.

Kotikuntoutustiimille luodaan ajanvarauskirja ja asiakkaan käynnit suunnitellaan ajanvarauskirjalle. Toiminnanohjausjärjestelmä Hilkkaan tehdään heille oma tiimi, jonne nostetaan asiakkaat. Asiakkaat on sitten helppo siirtää kotihoidon 1 tai 2 puolella, jos jää asiakkaaksi.

LIITE 5(3)

Asiakkaille jakson hinta olisi tilapäiskäynnin hinta 12,10e. Päivässä tulisi maksimissaan 2x12,10e eli 24,20/päivä, jos useampi käynti päivän aikana.

Mittareina käytettäisiin mahdollisesti RAI SCREENERIÄ, SPPB-testiä, GDS, Mna, RAI:lla tehdään alku- ja loppuvaiheen mittaukset., jos asiakas jää kotihoidon asiakkaaksi tehdään RAI HC + hoitosuunnitelma valmiiksi asiakkaan siirtyessä kotihoitoon. Jaakko ja Tomi ovat käyneet kotikuntoutustiimien tapaamisessa ja siellä käyty laajalla skaalalla läpi erilaisia mittareita. Hanna V. tutkii vielä mitä mittareita olisi hyvä käyttää.

Käynnit kirjataan KHTOTS välilehdelle. Fysioterapeutit kirjaavat FYS välilehdelle ja tekevät rinnakkaisnäkyvän KHTOTS:lle.

Yksinäiset asiakkaat ohjataan erilaisiin ryhmiin.

Tehtäväkuvauksia on hyvä miettiä valmiiksi seuraavaan palaveriin. Hanna ja geronomi tapaavat 30.1 ja miettivät asioita valmiiksi. Sirpalla on kotikuntoutus materiaalia, jota luvannut jakaa Hanna V:n kanssa. Lisäksi Hanna V. on saanut käyttöönsä Akselin pilotin materiaalin.

Seuraava palaveri on 13.2 klo 8-10 Maskun kotihoidon tiloissa. Vuodeosaston fysioterapeutti kutsutaan myös palaveriin mukaan.

KOTIKUNTOUTUSTYÖRYHMÄN PALAVERIMUISTIO 13.2.2020 KLO 8.00-10:15.

Paikka: Masku, kotihoitoalueen 1 toimisto.

Paikalla: Avopalveluiden päällikkö, vastaava sairaanhoitaja, geronomi, kolme fy-
sioterapeuttia, kaksi lähihoitaja, sosionomiopiskelija ja projektinvetäjä.

Henkilöstöasiat, tilat ja muita käytännön asioita

Parhaillaan on rekrytoinnissa kaksi uutta lähihoitajan toimea sekä 40% sairaanhoitajan toimi. Nykyisestä henkilöstöstä kartoitetaan halukkaita siirtyjiä kotikuntoutustiimiin ja uudet rekrytoitavat lähihoitajat siirretään heidän tilalleen kotihoitoon. Lisäresurssia pyritään järjestämään, kun selviää ensin, miten lääkeannosjakelusta tulee vapautumaan työaika. Sairaanhoitajan tehtäväkuvassa korostuu sairaanhoidollisten tarpeiden arviointi yhdessä asiakkaan päivittäisen selviytymisen tukeminen ja arviointi. Sairaanhoitaja toimii kotikuntoutustiimissä tiistaisin ja torstaisin perushoitotyössä ja tekee näinä päivinä tarvittaessa sairaanhoidollisia tehtäviä, mikäli asiakkaalla on sellaisia tarpeita kuntouttavan jaksonsa aikana.

Alkuvaiheessa kotikuntoutustiimissä toimii yksi lähi- TAI sairaanhoitaja aamuvuorossa ja yksi lähihoitaja iltavuorossa. Viikonlopussa on alkuvaiheessa töissä vain yksi hoitaja, joka tekee sopivaksi katsottua vuoroa. Sairaanhoitaja on töissä tiistaisin ja torstaisin, tällöin osuu lähihoitajille arkivapaa. Ft tekee tarkoituksenmukaisia, vahvasti kuntoutumiseen liittyviä käyntejä (esim. lonkkaleikkauksesta kotiutuva). Fysioterapeutit pystyvät käynneillään myös ohjaamaan esimerkiksi ruuanlämmityksen, jotta tuplakäynneiltä vältytään. Toki välillä voi Ft ja kotikuntoutustiiminhoitaja tehdä yhteisen arviokäynnin. Osaston ft kykenee kotisairaalan roolissa toteuttamaan kotikäyntejä, mutta esimerkiksi pelkät liikkumisen apuvälinehankinnat tapahtuisivat osastolta. Voisiko Lumoa hyödyntää tulevaisuudessa kuntoutukseen?

Tilat kotikuntoutustiimille ovat Mynämäellä valmiina. Tiimi saa käyttöönsä 2 puhelinta.

Miten ohjaututaan kotikuntoutustiimiin ja viestintä

LIITE 5(4)

Kotikuntoutustiimin vuorossa oleva hoitaja on avainroolissa yhteydenottoja vastaanottaessa. Kotikuntoutustiimiin ohjautuvien asiakkaiden osalta soittot tulevat suoraan kotikuntoutustiimin puhelimeen. Työnjakajan puhelut tulee aamuisin esim. klo 12 asti työnjakajalle, jonka jälkeen siirrot menevät kotikuntoutustiimiin. Jos tulee kotihoitoon liittyviä puheluita ohjaavat kotikuntoutustiimin työntekijät kotihoitoon hoitajille.

Puhelun vastaanottaja hoitaa asiakkaan kotikuntoutustiimin ajanvarauskirjaan, joka on aina ajan tasalla. Ajanvarauskirjaan merkataan, kuka hoitaa käynnin.

Mikäli puhelun vastaanottaja arvioi käynnin tarvitsevan fysioterapeuttia, geronomia tai sairaanhoitajaa, hän merkitsee sen kalenteriin ja tiedottaa asiasta asianosaiselle.

Yksi puhelinnumero laitetaan jakeluun TYKSille ja Akselin internetsivuille, sitten kun rekrytointi, työn aloitus ja tehtävät ovat selvät. Kotikuntoutustiimiin laaditaan tiedote, jossa on kotikuntoutustiimin esittely, määritelty asiakaskohderyhmä sekä aikataulu, milloin tiimi on tavoitettavissa: ma-su aamu + ma-pe ilta. Viikonloput mahdollisesti yhteistyössä kotisairaalan kanssa, kunnes saadaan lisää resurssia käyttöön?

Keskusteltu haasteellisista kotiutumista. Vastuu kotiutuksesta on lääkärin, ja asiakkaalla tulisi olla suunnitelma myös tilanteesta, mikäli asiakas ei pärjääkään kotona → mihin otetaan yhteyttä/ ketä konsultoidaan? Suunnitelmassa olisi oltava myös kivunhoito. Onko yksi vastuulääkäri, jota konsultoidaan?

WhatsApp-ryhmä perustetaan työpuhelimiin kotikuntoutus tiimin käyttöön.

Tilastointi

Sovittu, että kaikki käyttävät kotikuntoutustiimin (**kuntii**-lyhteellä Lifecaressa) ajanvarauskirjaa ja kirjaukset pöytäkoneelle. Fysioterapeuttien tulee muistaa rinnakkaisnäkyminen tekstistä aina khtotsille. Hilkkää ei toistaiseksi oteta käyttöön.

Lifecaren tilastointi → valitse rooli/suorituspaikka → toiminto kotihoito → suorituspaikka kotikuntoutustiimi (**kuntii**) → suorite kotikäynti. Näin saadaan realistista dataa kuntoutustiestä todetuksi. Tarvittaessa voidaan tehdä kuvaruutukopio ohjeistukseksi, jos roolin/suorituspaikan valinnassa on epäselvyyttä.

Maksu

Kotikuntoutustiimin maksu perustuu käyntikertoihin:

- Yksi käynti maksaa tilapäiskäynnin maksun 12€.
- Maksimissaan päivässä voidaan periä kahden tilapäiskäynnin verran eli 24€ /vrk.
- Maksu on määritelty jo valmiiksi.
- Käynnit tilastoidaan tilapäiskäyntinä.

Kotikuntoutustiimi toimii läheisessä yhteistyössä Maskun terveystieteiden osaston fysioterapeutin kanssa. Sovittu alustavasti yhteiset palaverit kerran viikossa, torstai-iltapäivisin. Tällöin on mahdollista käydä läpi jaksolle siirtyvät asiakkaat ja tehdä ennakkoivaa haastattelua ym. Palaveriin osallistuu kotikuntoutustiiminhoitaja.

RAI- mittariston käyttö

Sovittiin, että kotikuntoutustiimin asiakkaalle tehdään RAI-SCREENER. Tämän voi tehdä kotikuntoutustiimin työntekijä, joka aloittaa asiakkaan käynnit.

RAI-HC:n voisi tehdä jo arviointijaksolla, mikäli asiakas jää kotihoidon piiriin. Seuraava on tarpeen tehdä vasta ½ vuoden kuluttua, joten työ vähentäisi myös kotihoidon kuormitusta. Screenerin tekemistä voisi venyttää 1. viikolla useammalle päivälle, jolloin se olisi tarkempi ja tukisi tulevaa HC:n tekoa.

Palvelutarpeen arvio perustuu Screeneriin. RAI-lehdelle tulee mittarit ja hoitosuunnitelma, khtotsille tulee merkinnät käynneistä. KHTIIV lehdelle merkataan, että on kotikuntoutustiimin asiakas.

Otetaan selvää, saadaanko Screenerin ja HC:n tilastoja verrannollisesti käytettyä vierekkäin. (Levy)

Muu mittaristo

Mittaristo vaihtelee käytännössä paljon, nähtäväksi jää mitä kuntoutustiimissä otetaan käyttöön (esim. MNA, MMSE, GDS 30). Kaikki tehtävät mittaristot tulee olla yksilöllisesti perusteltuja asiakkaalle (mikä palvelee asiakasta jatkossa?). Esimerkiksi elämänlaadullinen puoli on haasteellisempi mitata, mutta on merkittävä kokemuksellinen tieto asiakkaan hyvinvoinnin kannalta.

LIITE 5(6)

Työryhmässä pohdittiin, onko lähihoitajan tarpeellista päästä osaston asiakaskertomuksiin ja päinvastoin, ilman hoitosuhdetta. Todettu, että olisi tärkeää päästä hoitokertomukseen, jotta pystyisi tutustumaan asiakkaaseen etukäteen. Vastaava sh tarkastanut pääseekö lähihoitajan tunnuksilla osaston hoitokertomukseen → tämä onnistuu.

Kohderyhmä ja sen rajaaminen

Asiakaskunta valitaan yksilöllisesti, esim. aivoinfarktin jälkitila, tekonivelleikkaukset, lonkkaleikkaukset, jne. Pääsääntöisesti asiakkaat olisivat uusia, mutta mukaan voi tulla myös kotihoidon asiakkaita, joiden toimintakyky on olennaisesti laskenut esim. suuremman operaation vuoksi.

Ajatuksena on, että kotikuntoutustiimin asiakkaan kuntoutuminen jatkuu kotihoidossa, mikäli siihen on vielä tarvetta jakson jälkeen. Tarkoituksena on saada asiakas kuntoutumaan siten, että tämä pärjää itsenäisesti mahdollisimman vähillä palveluilla arjen toiminnoissa. Palvelusta tulee olla kaikille osapuolille hyötyä ja kuntoutusmyönteisyys tulee olla ainakin osittain mukana. Jakso voi olla myös intensiivijakso, jonka jälkeen asiakas pärjää kotihoidon avulla.

Asiakaskunta valitaan yksilöllisesti, (esim. aivoinfarktin jälkitila) ja mahdollisesti hyötyvät palvelusta sekä vanhoihin kotihoidon asiakkaisiin, jotka käyneet suuremmissa operaatioissa.

Kotona asumisen haasteet monimuotoisia, joita pitää arvioida yksilöllisesti kuntoutustiimin ja osaston ft:n viikoittaisessa tapaamisessa (muistisairaat, omaisen jaksaminen kotona, turvattomuuden tunne ym).

Jos asiakaskunta on kovin laaja, kahden lähihoitajan ja 40% sairaanhoitajan työpanos ei tule riittämään. Akselin alue on maantieteellisesti laaja. Hoitotyö sisältää paljon muutakin, kuin kontaktikäynnit. Kirjaukset korostuvat, käynnit pitkiä. Miten osoitetaan kustannustehokkuus?

Työryhmän vetäjä laatii kohderyhmästä lauseen, joka tuodaan seuraavaan työryhmään arvioitavaksi (vrt. Kuusamon malli). Vastaava sh laittoi asiasta verkkolinkin työryhmän vetäjälle.

Tehtäväkuvaukset

Tehtäväkuvaukset muokataan tiedoksi työntekijöille kotikuntoutustiimin näkökulmasta. Tarkoitus on, että työntekijät muokkaavat itse perustehtäväkuviaan kotikuntoutustiimintimiin rooliin. Avopalveluiden päällikkö toivoo selkeyttä aihepiireittäin, tehtävät jaoteltuna alaotsikoin. Palaveriin oli tuotu vanhentuneita tehtävän kuvia, vastaava sairaanhoitaja kokoaa päivitetymmät versiot (päivitetty TVA:n yhteydessä v.2018) yhteen ennen seuraavaa kokousta.

Seuraava tapaaminen

Torstaina 27.2. klo:8.00-9:30. Paikkana Masku, kotihoitoalueen 1 tilat. Palaveria seuraavana päivänä pe 28.2. on tapaaminen Raision kotikuntoutustiimin kanssa.

Tehtävät ennen seuraavaa palaveria:

- päivitetään tehtäväkuvat, Vesterinen tulostaa näytille
- mietitään valmiiksi käytännön kysymyksiä ensi kerralle
- arviointikansiot kotikuntoutustiimin käyttöön, esite (Levy)
- muut esille tulevat asiat

Seuraavassa palaverissa selvitettävät asiat:

- **Akuutit poissaolojärjestelyt** → todennäköisesti alkuvaiheessa työnjakaja hankkii sijaisen akuutti-poissaoloihin (kuten kotihoidossa), koska varalla oloa, ei saada käynnistettyä alkuvaiheen henkilöstömitoituksella.
- **Hoitotarvikkeet:** sisältyvätkö maksuun vai meneekö samoin, kuten kotihoidossa? Mitä sanoo laki tai miten muissa kunnissa toimitaan?

KOTIKUNTOUTUSTYÖRYHMÄN PALAVERIMUISTIO 27.2.2020 KLO 8.00 - 10:15.

Paikka: Masku, kotihoitoalueen 1 toimisto.

Paikalla: Avopalveluiden päällikkö, vastaava sairaanhoitaja, geronomi, kolme fysioterapeuttia, kaksi lähihoitaja, sosionomiopiskelija ja projektinvetäjä.

Kohderyhmä, tarkoitus, sisältö

Käytiin Kotikuntoutustiimin esitteestä e.m. asiat läpi. Tehtiin tarvittavat muutokset.

Tehtäväkuvaukset

Kotikuntoutustiimin tehtäväkuvaukset olivat pääasiassa ok. Muutamia lisäyksiä tuli esille.

Ft:n työnjako: Vuodeosaston fysioterapeutti hoitaa asiakkaat, joilla on alkanut hoitosuhde jo osastolla. Suoraan tulevat (esim. TYKS) asiakkaat ohjautuvat kotihoidon fysioterapeuteille. Mietittiin myös ft:n yleistä roolia, onko rooli kh:ssa sama mitä kotikuntoutustiimissä? Päädyttiin tekemään selventävät lausekkeet kk-tiimin roolista. Hanna hyväksyy vielä s-postilla lausekkeen myöhemmin.

Geronomin työnkuva rajataan kk-tiimin roolin (poistetaan RAI ja kehittämistyö).

Esite

Hanna V. esitteli esitepohjan sisältöä. Päätettiin yhdessä tarvittavat muutokset.

Lisätään sisältöön vielä hinnat ja hoitotarvikkeiden käytäntö. Puhelinnumerot mainitaan alueittain, ei mainintaa kotihoidosta. Kirjataan myös ikäraja. Kuva on vielä mietinnässä. Ehdotettu tiimiläisten yhteiskuvaa esitteen etusivulle.

Yhteydenotot kulkevat kh:n työnjakajan kautta. Työnjakaja kirjaa ajanvarauskirjalle, ilmoittaa hoitajalle. Tarpeen varautua, että suoraan kk-tiimillekin tulee puheluita, koska työnjakaja on usein varattu tai klo 12-20 välisenä aikana. Suunnitellaan puhe luun vastaaville hoitajille check –list esitettäviin kysymyksiin.

Vuodeosaston kanssa tehtävä yhteistyö

Vuodeosaston fysioterapeutti ottaa yhteyttä vuodeosastolta tarpeen mukaan. Tois-
taiseksi ei vakituisia palavereja ole tarve pitää. Yhteydenotot osastolta suoraan KK-
tiimille, ei työnjakajan kautta. Jos asiakas kotiutuu ilman kk-tiimin apuja, mutta tar-
vitsee lisää apua kotiin (toimintakyvyn alenemisen kautta) yhteys myös työjakajaan.

Yksittäiset ft-kontrollit kotona, vuodeosaston ft toimii kotisairaalan ft:n roolissa. Vuo-
deosaston ft korosti vielä tiedonsiirtoa vuodeosastolle, jotta ”ylimääräiset” yhteyden-
otot kk-tiimiin vähenisi. Toivoi selkeää rajausta yhteydenotossa. Geronomi lähettää
Kompassin ohjaus- ja neuvontanumeron, joka tulee ottaa yleiseen käyttöön. Vesteri-
nen lupasi tehdä vielä tiivistetyn version osastolle, jossa rajausta selkeytetty.

Myös kotihoidon sekä kotisairaalan kanssa tehdään yhteistyötä tarpeen ja tilanteen
mukaan. Nähtäväksi jää kotikuntoutustiimin tarve esimerkiksi viikonloppuna. Koti-
kuntoutustiimin työ tulee olemaan vastavuoroista kotihoidon kanssa, kk-tiimin työ on
kotihoitoalaista. Esimerkiksi lääkelistan yksittäiset akuutit tarkistukset voidaan tehdä
yhteistyössä kh:n sairaanhoitajan kanssa.

Keskeistä on, ettei sisäisten haasteiden (ristiriidat, työtaistelut) takia asiakkaiden hoito
saa vaarantua.

Tiedotteen tekemistä ehdotettiin mahd. työtaisteluista tuleville asiakkaille. Käytän-
nössä ristiriita-asiat ovat vielä avoinna käytännön selvityksessä myöhemmin.

Selvitetään yhteistyö kotisairaalan kanssa? Palaveri tulossa 5.3.

Akuuttien poissaolojen järjestely

Lyhytaikaiset poissaolot: Käytäntö kuten kotihoidossa, työnjakaja hoitaa. Hyväksikäy-
tetään ensisijaisesti akuutissa poissaolotilanteessa FT:n ja geronomin mahdollisuuksia
tehdä kk-tiimin käyntejä. Whatsapp- kysely yhteydenottovälineenä. Päätyöntekijöinä
toimivat 2 lähihoitajaa. Sijaisvavuutena pitkäaikaisissa poissaoloissa toimivat (lo-
mat) 2 kotihoidon lähihoitajaa. Kk-tiimille luodaan myös oma s-postiryhmä yhteyden-
pidon helpottamiseksi.

LIITE 5(9)

Hoitotarvikkeet

Kuuluuko hintaan, kustantaako asiakas (pitää lukea myös esitteessä). Vai toimitaanko hoitotarvikejakelu ohjeen mukaisesti. Kysytään Raision käytäntöä.

Kauppa ja apteekki palvelu

Sisältyykö maksu jakson hintaan (24€/vrk). Sisältyykö hintaan tilapäinen kauppa vai meneekö siitä tukipalvelukaupan mukainen maksu käyntimaksujen lisäksi. Kun jakso loppuu, jatkuisi palvelu tukipalveluna normi hinnalla.

Kaupoilla ei ole kuljetuspalvelua. Ensisijaisesti tuetaan asiakkaan itsenäistä kaupassakäyntiä tai peräänkuulutetaan omaisten osallistumista asiakkaan kaupassakäyntiin. Kaupassakäynti asiakkaan kanssa voi myös olla osa kk-tiimin kuntoutusta.

Apteekki: ensisijaisesti tarjotaan annosjakelua yksityisasiakkaana (asiakas maksaa itse palvelun). Jos asiakas siirtyy jakson jälkeen kotihoitoon, hoituu lääkeannosjakelun maksu palvelusetelillä.

Seurantataulukko

Taulukko löytyy valmiina Kotikuntoutustiimi –kansiossa.

Muut käytännön asiat/kysymykset

Tavoite: Toiminta alkaa 30.3.2020

Tällä hetkellä olisi jo potentiaalisia ”harjoitusasiakkaita” valmiina...

Otetaan selvää kotikuntoutustiimin vastuulääkäristä: Avopalveluiden päällikkö kysyy asiasta Johtavalta hoitajalta. Asia on tarpeen selvittää, koska kotihoidossa on 4 lääkäriä ja myös vuodeosaston lääkäri (kotisairaalan lääkärinä) tulee olemaan asiakkaiden kanssa tekemisissä.

LIITE 5(10)

Geronomi nosti esiin yhtenevät käytännöt ja näkemykset arviointikäytännössä. Tiukkojen, sanallisten rajojen vetäminen on haasteellista. Asiakkaita pohditaan tapauskohtaisesti. Lähtökohtana on, että myös kotihoidon työntekijät kuntouttavat myös toteuttamalla kuntouttavaa työtettä, ei ainoastaan kk-tiimin harteilla. Lyhytaikainenkin tuen tarve voi herkästi edellyttää kotikuntoutustiimin muutamaa käyntiä/lyhytaikaista asiakkuutta. Screenerin tarpeellisuutta tulee arvioida ennen kaikkea lyhyiden jaksojen alkaessa. Arviointikäytäntöjä olisi hyvä tehdä alkuvaiheessa pareittain, yhteisnäemyksen takia. Arvioijat pitävät keskenään palaverin arviointikäytännöistä 12.3.2020 klo 13:00 kotikuntoutustiimin toimistolla.

Hoitajat tarvitsevat myös ohjauksen screeneristä. Geronomi selvittää, saako screeneristä muodostettua hoito/kuntoutussuunnitelman. Samoin näkyvätkö screenerin ja HC:n palkit (alku- ja loppuarvio) vierekkäin.

Ajanvarauskirjan päivitys on jokaisen puhelimeen vastaavan työntekijän/käynnin vastaanottajan vastuulla. Asianosainen työntekijä hoitaa käynnit ajanvarauskirjalle ja tarvittavan informaation.

Ei kiireelliset asiakkaat: arvioijat sopivat käynnin aikataulunsa mukaisesti. Kiireelliset asiakkaat: työnjakaja luo/sovittaa käynnin. Tuleva työ paljastaa osittain yksityiskohdat kiireellisten kotiutumisten/akuuttikäyntien vastaanotto- ja arviointikäytännön.

Tehdään kansio kotikuntoutustiimin valmistelevan viikon perehdytykseen ja valmentautumiseen. Koska on monta toimijaa, tarvitaan valmistelevan viikon alkuun selkeyttävät ohjeet.

Laskutus: luotu 2 tilapäiskäynnin maksua: 12€/käynti maksimissaan kaksi tilapäiskäynnin maksua / päivä (yht. 24€) maksua.

Päivän ensimmäinen kävijä valitsee monikäynnin ja seuraava valitsee maksuttoman käynnin. **Selkeä ohjeistus tarpeen.** Tehdään kuvakaappaukset ja katsotaan kaikki yhdessä.

Arviointikäynti on aina maksuton.

Tilastointi:

rooli/suorituspaikka → toiminto: Kotihoito → suorituspaikka: kotikuntoutustiimi (kunti) → suorite: Kotikäynti. Tehdään ohjeet kuvakaappauksina.

LIITE 5(11)

Keskusteltiin hoitajien käyntiaikojen tiedottamisesta asiakkaalle. Eräs vaihtoehto on laatia selkeä lukujärjestys kotiin (muistiyhdistyksen malli tai Excel). Hoitaja voi merkata käynnit myös yksinkertaisesti asiakkaan kalenteriin.

Kotihoidolta saadaan yksi auto kk-tiimin käyttöön.

Aloituspaikka käytännön mukaan: maskulainen ajaa aamulla suoraan Maskussa sijaitsevalle asiakkaalle omalla autollaan.

Kotihoidolta saa työkassin. Lähihoitaja täyttää olennaiset tarvikkeet kassiin.

Verinäyte otetaan samoilla kriteereillä mitä kotihoidossa.

Markkinointi:

Lähetetään tieto s-postina kaikille organisaatioon ja liitteenä esite. Vastaava sairaanhoitaja huolehtii ulkoisesta jakelusta, esim. TYKS.

Akselin kotisivuille Ikäihmiset → Kotikuntoutustiimi (oma otsikko, ”muistihoidajan” jälkeen). Esittely pähkinänkuoressa.

Tilat ovat valmiina Mynämäellä. Avopalveluiden päällikkö tilaa huoneen avaimet tiimille, jotka noudetaan henkilökohtaisesti.

Asiakkaan tulevat menot (esim. asiointikäynnit) tiimiläiset voivat ilmoittaa whatsappissa ja/tai laittaa ajanvarauskirjaan.

Myös kirjausajat ja välimatkat lasketaan käyntiaikoihin. Kirjaaminen on mahdollista kaikissa yksiköissä.

Geronomi täyttää vain omaa ajanvarauskirjaa. Muut seuraavat hänen ajanvarauskirjaansa. Käytetään hyväksi informaation levittämisessä valkotaulua (Käynti + geronomi mukaan). Arviointikäynnit alkuun yhdessä. Akuutit käynnit (esim. ilta-aikaan) yksin.

Seuraava tapaaminen tapahtuu tarvittavalla kokoonpanolla Kotikuntoutustiimin tiiloissa. Sovitaan palaveriaika, jossa käsitellään ”valmistelevalle jaksolle” asiat sekä käydään läpi mahdolliset tilastointiasiat. Erillistä projektiryhmän palaveria ei pidetä.