

Terhi Vieri

KOTIKUNTOUTUKSEN MATE- TOIMINTAMALLI

Moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn
edistämisen toimintamalli kotikuntoutuksessa
Pirkanmaan hyvinvointialueella

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Monialainen toimintakyvyn edistämisen koulutus

2023



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Fysioterapeutti (ylempi AMK)
Tekijä	Terhi Vieri
Työn nimi	Kotikuntoutuksen MATE-toimintamalli. Moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen toimintamalli kotikuntoutuksessa Pirkanmaan hyvinvointialueella
Toimeksiantaja	Pirkanmaan hyvinvointialue
Vuosi	2023
Sivut	57 sivua, liitteitä 22 sivua
Työn ohjaaja(t)	Outi Ilves & Piia Soikkeli

TIIVISTELMÄ

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalvveluiden (sote) uudistuksen myötä Pirkanmaalle muodostui Suomen suurin hyvinvointialue. Pirkanmaan sote-kokonaisuutta kehitetään Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus-hankkeessa (PirSOTE). Tämä opinnäytetyö ja siinä tuotetut mallit ovat osa PirSOTE:n kotikuntoutuksen kehittämisen kokonaisuutta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää palvelumuotoilua hyödyntäen moniammatillinen toimintakyvyn edistämisen toimintamalli Pirkanmaan hyvinvointialueella toimivalle kotikuntoutukselle. Tarkoituksena oli luoda toimintamalli moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Toimintamallilla pyritään yhdenmukaistamaan Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksen toimintatapoja. Toimintamallin kehittämistyöhön on osallistunut Pirkanmaan eri kuntien kotikuntoutuksen ammattilaisia haastatteluiden sekä työpajan kautta.

Tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin palvelumuotoiluprosessin iteratiivista menetelmää. MATE-malli kehitettiin kolmen prototyypin kautta yhteistyössä kuntien edustajien kanssa. Ensimmäinen prototyyppi kehitettiin systemaattiseen kirjallisuushakuun pohjautuen. Toinen prototyyppi jalostettiin kotikuntoutuksen työntekijöiden haastatteluista esiin nousseiden aiheiden ja kommenttien perusteella ja kolmas kotikuntoutuksen työryhmän yhteistapaamisen Inno-paja-menetelmän tuotoksia hyödyntäen.

MATE-toimintamalli antaa kotikuntoutuksen työntekijöille keinoja moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi siten, että kuntoutusprosessi ja tarvittavia yhteistyökumppaneita hyödynnetään asiakkaan tarvetta vastaavasti, ei jyrkästi yksittäisiä palvelulinjoja seuraten. MATE-toimintamallissa toteutuvat moniammatillinen yhteistyö, asiakaslähtöisyys sekä tiivis yhteistyö kotikuntoutuksen ja kotihoidon välillä. Toimintamallissa korostetaan kuntouttavan hoitotyön sekä ennaltaehkäisevän ja oikea-aikaisen kuntoutuksen merkitystä. Toimintamallia hyödyntämällä Pirkanmaan eri kuntien alueilla toimivien kotikuntoutusyksiköiden on mahdollista yhtenäistää toimintaansa, jotta Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksessa tulevaisuudessa toteutuisi alueellinen yhdenvertaisuus.

Asiasanat: kotikuntoutus, moniammatillinen yhteistyö, kuntouttava hoitotyö, toimintakyvyn edistäminen, palvelumuotoilu

Degree title	Master of Health Care
Author	Terhi Vieri
Thesis title	The MATE operating model of home rehabilitation. A multi-professional, customer client-operating model to promote clients' ability to function in home rehabilitation in the Wellbeing services county of Pirkanmaa
Commissioned by	the Wellbeing services county of Pirkanmaa
Time	2023
Pages	57 pages, 22 pages of appendices
Supervisor	Outi Ilves & Piia Soikkeli

ABSTRACT

With the nationwide reform of social and health services (sote), Pirkanmaa became Finland's largest wellbeing services county. Social and health services in the Pirkanmaa region are developed in a project called Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus (PirSOTE). This thesis and the standards presented in it are a part of PirSOTE home rehabilitation services.

The aim of the thesis was to develop a multi-professional operating model for the promotion of functional ability for home rehabilitation in the Wellbeing services county of Pirkanmaa, using service design. The purpose was to create an operating model from the point of view of multiprofessional cooperation and rehabilitative nursing. Home rehabilitation professionals from various municipalities in Pirkanmaa have participated in the development of the operating model through interviews and a workshop.

The research method used was the iterative method of the service design process. The MATE model was developed through three prototypes in cooperation with representatives of municipalities. The first prototype was developed based on a systematic literature search. The second prototype was refined based on the topics and comments that emerged from the interviews of home rehabilitation workers, and the third using the results of the Innopaja method in the joint meeting of the home rehabilitation work group.

The MATE operating model gives home rehabilitation workers the means to implement multi-professional cooperation in such a way that the rehabilitation process and the necessary partners are utilized according to the client's needs, not by following set service processes. In the MATE operating model, multiprofessional cooperation, client-orientation and close cooperation between home rehabilitation and home care are implemented. The operational model emphasizes the importance of rehabilitative nursing and preventive and timely rehabilitation. By implementing the operating model, it is possible for the home rehabilitation units operating in different municipalities of Pirkanmaa to unify their activities, so that in the future, regional equality will be achieved in the home rehabilitation of the Wellbeing services county of Pirkanmaa.

Keywords: home rehabilitation/reablement, multiprofessional/interprofessional collaboration, rehabilitative nursing, functional mobility, service design

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS	7
3	KOTIKUNTOUTUKSEN MÄÄRITTELEMINEN	10
3.1	Kotikuntoutus toimintakyvyn tukena	10
3.2	Arkikuntoutus kotikuntoutuksen toimintamuotona	12
3.3	Kuntouttava hoitotyö asiakkaan arjessa kuntoutumisen tukena.....	13
4	TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN KOTIKUNTOUTUKSESSA.....	15
4.1	Moniammatillisen työskentelyn hyödyt ja vaikutukset	17
4.2	Toimintakyky.....	18
4.3	Vaikutukset kansanterveyteen ja kustannuksiin	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
5.1	Palvelumuotoilu	24
5.2	Haastattelut	28
5.3	Innopaja.....	30
6	TULOSTEN ANALYSOINTI JA MALLINNUS	32
6.1	Haastatteluiden analysointi ja mallinnus.....	34
6.2	Innopajan analysointi ja mallinnus.....	39
6.3	Arvolupaus.....	43
6.4	MATE-toimintamalli	44
7	POHDINTA	44
7.1	Jatkotutkimus- ja kehitysehdotukset.....	48
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	48
	LÄHTEET	50

LIITTEET

- Liite 1. Systemaattinen tiedonhakukaavio
- Liite 2. Viitekehyksen tutkimuskaaviot
- Liite 3. Haastattelukysymykset/teemat
- Liite 4. Työryhmän työskentelyalustana toiminut padlet-pohja
- Liite 5. Kehitettävän mallin prototyyppi 1
- Liite 6. Haastatteluiden analysoinnista muodostunut aihekartta
- Liite 7. Sidosryhmäkartta moniammatillisesta yhteistyöstä kotikuntoutuksessa
- Liite 8. Prototyyppi 2
- Liite 9. Innopajan kommentointien perusteella muokattu sidosryhmäkartta
- Liite 10. Prototyyppi 3
- Liite 11. Innopajan perusteella jatkojalostettu aihekartta
- Liite 12. MATE-toimintamallin arvolupaus Pirkanmaan kotikuntoutuksen työn tekijöille
- Liite 13. MATE-toimintamallin kuvaus kotikuntoutusprosessin eri vaiheissa

1 JOHDANTO

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden (sote) uudistus siirsi vastuun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä kunnilta hyvinvointialueille 1.1.2023 alkaen (Valtionneuvosto s.a.). Uudistuksella pyritään kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja, turvaamaan yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut, parantamaan palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, vastaamaan yhteiskunnallisiin muutoksiin, hillitsemään kustannuksia ja turvaamaan ammattitaitoisen työvoiman saantia (Hakari 2022). Uudistuksen myötä Pirkanmaalle muodostui Suomen suurin hyvinvointialue, joka toimii 23:n kunnan alueella ja jonka alueella asuu yli puoli miljoonaa asukasta (PSHP 2021).

Pirkanmaan liitto toimi hanketoimistona Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus-hankkeelle (PirSOTE), jonka toimesta kehitetään koko Pirkanmaan sotekokonaisuutta (Pirkanmaan liitto 2020). PirSOTE-hankkeen tavoitteena on toimia hyvinvointialueen valmisteluiden tukijana tuottamalla konkreettisia toiminnallisia muutoksia. Hanke mahdollistaa sosiaali- ja terveystalouden yhteistyön sekä yhtenäistää palveluiden tuottamista. (Halme 2021.) Osana PirSOTE-hankekokonaisuutta on kuntoutuksen kehittäminen. Vuoden 2022 tammikuussa kuntoutus sai oman hankesalkkunsa, jonka yhtenä osana on kotikuntoutuksen kehittäminen moniammatillista yhteistyötä tiivistämällä. (Sokka 2022b.) Hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa 2023 myös PirSOTE-hankkeet siirtyivät Pirkanmaan hyvinvointialueen alaisuuteen (Pirkanmaan liitto 2022).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palvelumuotoilua hyödyntäen moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen toimintamalli (MATE-malli) Pirkanmaan hyvinvointialueella toimivalle kotikuntoutukselle. Tarkoituksena on luoda toimintamalli moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Toimintamallilla pyritään yhdenmukaistamaan Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksen toimintatapoja. Toimintamallin kehittämistyöhön on osallistunut Pirkanmaan eri kuntien kotikuntoutuksen ammattilaisia haastatteluiden sekä työpajan kautta.

Pirkanmaan kunnat ovat erilaisia niin kooltaan kuin väestön ikärakenteeltaan-kin ja myös kotikuntoutuksen resurssoinnissa on eroavaisuuksia (Sokka 2022a). Tämän vuoksi opinnäytetyössä ei ollut kannattavaa lähteä laatimaan mallia, jonka oletettaisiin toimivan kaikissa kunnissa heti täysin samalla tavalla. Työssä pyritäänkin kehittämään ideaalimalli, jonka toteutustapaa kohti kunnat pyrkivät ja jota voidaan hyödyntää myös perusteluna muutostarpeelle. MATE-mallilla pyritään myös tukemaan ja täydentämään jo olemassa olevaa Pirkanmaan kotikuntoutusmallia.

Opinnäytetyössä keskitytään moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen kotikuntoutuksessa siten, että samoja käytänteitä pystyttäisiin hyödyntämään kaikissa Pirkanmaan kunnissa. Työssä korostetaan kuntoutusammattilaisten ja hoitohenkilöstön yhteistyön tärkeyttä, mikä mahdollistaa toimivan kotikuntoutuksen lisäksi kuntouttavan hoitotyön onnistumisen (Penttinen ym. 2018, 4).

Tutkimusmenetelmänä hyödynnetään palvelumuotoilua, sillä sen avulla voidaan systemaattisesti kehittää toimintaa osallistaen ja sitouttaen mukaan palvelun asiakkaat, tässä tapauksessa kotikuntoutuksen työntekijät. (Tuulaniemi 2011, 27–28.) Taustatiedot on kerätty laadullisen haastattelututkimuksen avulla sekä ketterän kehittämisen Innopaja-menetelmällä. Taustatietoja oli saatavilla myös toimeksiantajan keväällä 2022 teettämästä alkukyselystä.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

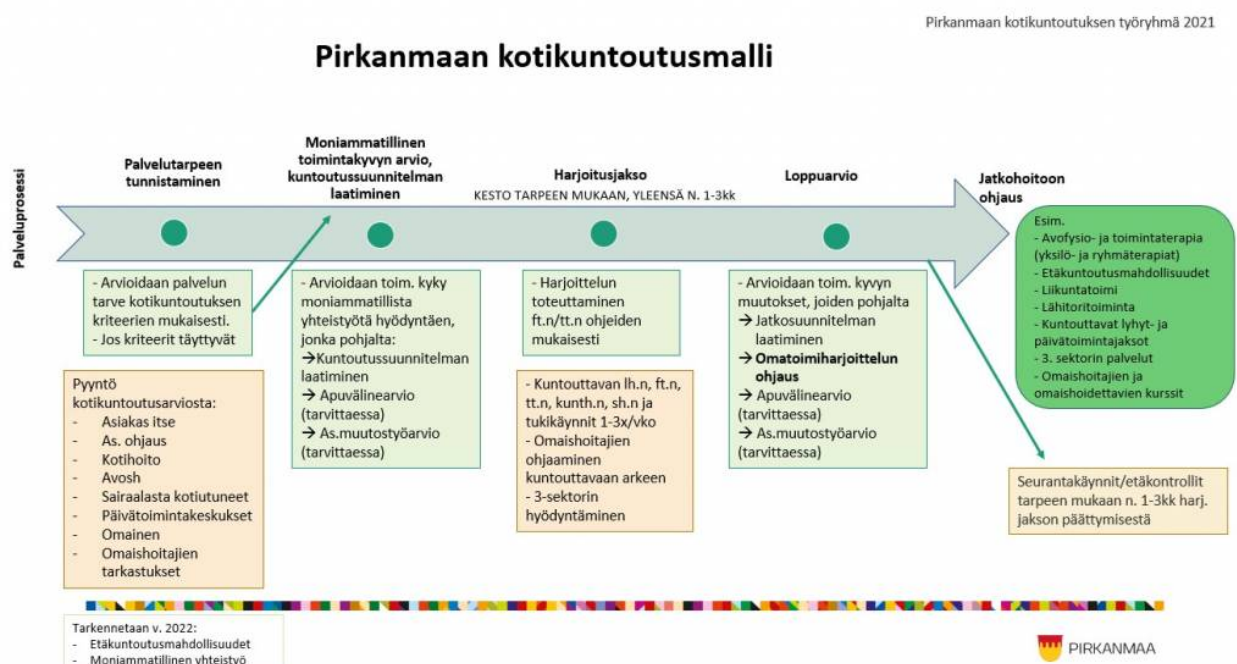
Opinnäytetyön toimeksiantaja oli työtä aloitettaessa Pirkanmaan liitto, joka on käynnistänyt Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus-hankkeen (PirSOTE) vuonna 2020. Hanketta toteuttavat yhteistyössä Pirkanmaan kunnat, Taysin perusterveydenhuollon yksikkö sekä sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos. (Innokylä 2020.)

Vuodesta 2022 alkaen PirSOTE-hanke on jaettu kuuteen hankesalkkuun, jotka kuvaavat Pirkanmaan sote-keskusohjelman keskeisiä toiminnallisia muutosprosesseja. Hankesalkut ovat: perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminnan toiminnallinen muutos, sosiaalihuollon toiminnallinen muutos, lapsi- ja

perhepalveluiden toiminnallinen muutos, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnallinen muutos, kuntoutuksen toiminnallinen muutos sekä peruspalveluiden digitalisaatio. (Pirkanmaan liitto 2021b, 3, 10.)

Kuntoutuksen hankesalkku on jaettu seitsemään toimenpiteeseen. Tässä opinnäytetyössä keskitytään toimenpide 4:n eli kotikuntoutuksen kehittämisen kokonaisuuteen. Muut toimenpide kokonaisuudet ovat kuntoutuksen yleisen pirkanmaalaisen toimintamallin kehittäminen, sote-keskuksien kuntoutustarpeen ja työkyvyn tuen tarpeen tunnistamisen parantaminen, fysioterapian suoravastaanottomallin kehittäminen, etäkuntoutuksen ja etäkonsultaatioiden kehittäminen, lääkinnällisen kuntoutuksen kehittäminen ja kuntoutustutkimuksen kehittäminen. (PirSOTE.s.a.)

Pirkanmaalle valmistui joulukuussa 2021 oma kotikuntoutusmalli (kuva 1). Mallin on kehittänyt hankkeen kotikuntoutustyöryhmä, johon osallistuu asiantuntijoita Pirkanmaan kunnista ja yhteistoiminta-alueilta. Pirkanmaan kotikuntoutuksen mallin pohjana hyödynnettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Eksote) kotikuntoutusmallia. (Pirkanmaan liitto 2021a.) Eksoten kotikuntoutusmalli palkittiin vuonna 2015 Vuoden vanhustekona (Vanhustyön keskusliitto 2022). Pirkanmaan kotikuntoutusmallin kehitystyö ja toimintatapojen juurruttaminen jatkuu ja yhtenä osa-alueena on moniammatillisen yhteistyön ja työnjaon merkityksen syventäminen (Pirkanmaan liitto 2021a)



Kuva 1. Pirkanmaan kotikuntoutusmalli (Pirkanmaan liitto 2021a).

Kotikuntoutustyöryhmän kehittämä Pirkanmaan kotikuntoutusmalli (kuva 1) on kuvaus palveluprosessista, joka alkaa palvelutarpeen tunnistamisesta ja etenee moniammatilliseen toimintakyvyn arvion ja kuntoutussuunnitelman laatimisen kautta harjoitusjaksoon ja loppuarvioon, jota seuraa mahdolliseen jatkohoitoon ohjaaminen (Pirkanmaan liitto 2021a). Tässä opinnäytetyössä kehitetty MATE-malli on suunniteltu täydentämään Pirkanmaan kotikuntoutusmallia moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta.

Terapeuteista määrällisesti eniten kotikuntoutuksen ja kotihoidon piirissä Pirkanmaalla työskentelee fysioterapeutteja. Toimintaterapeuttien palveluita ei ole kaikissa Pirkanmaan kunnissa samassa mittakaavassa saatavilla. Helmimaaliskuussa 2022 tehdyn kyselyn mukaan (Sokka 2022a) Pirkanmaan yhteistoiminta-alueilla kotihoitoon ja kotikuntoutukseen oli resursoitu yhteensä 27 fysioterapeuttia ja 10 toimintaterapeuttia. Fysioterapeuttien resurssit jakautuivat yhdeksälle yhteistoiminta-alueelle, toimintaterapeuttien resurssit vain kahdelle.

Taulukosta 1 on nähtävillä Pirkanmaan kunnat, väestömäärät sekä niiden alueilla kotikuntoutukseen resursoidut fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Pirkanmaan alueella on 23 kuntaa, joista osa on järjestäytynyt yhteistoiminta-alueiksi. Yhteensä alueella asuu yli puoli miljoonaa asukasta. Väestömäärällisesti suurin kunta on Tampere, missä asuu yli 250 000 asukasta, pienin on Kuhmoinen, missä asukkaita on reilu 2 100. Kotikuntoutuksen fysioterapian resursseista kaikki eivät kuvassa näy, sillä esimerkiksi Valkeakoskella kotikuntoutuksen resurssit on sisällytetty avovastaanoton fysioterapian resursseihin. (Sokka 2022a.) Väestömäärien ja resurssoinnin erot ovat perusteina sille, että tässä opinnäytetyössä kehitettiin ideaalimallia, jota on mahdollista soveltaa ja jota kohti hyvinvointialueella pyritään yhtenäisen toimintamallin saavuttamiseksi.

PirSOTE-hankkeet siirtyivät Pirkanmaan liitolta Pirkanmaan hyvinvointialueelle vuoden 2023 alusta (Pirkanmaan liitto 2022). Samalla hankkeisiin liittyvien jo aloitettujen opinnäytetöiden toimeksiantajiksi vaihtui Pirkanmaan hyvinvointialue.

Kunta/yhteistoiminta-alue	Väestömäärä	Fysio- terapeutit	Toiminta- terapeutit
Akaa-Urjala	21 150	1	0
Hämeenkyrö	10 335	1,5	0
Ikaalinen	6 850	0	-
Kangasala-Pälkäne	38 653	0	-
Kuhmoinen	2 157	0,5	0
Lempäälä	24 163	1	1
Mänttä-Vilppula ja Juupajoki	11 376	2	0
Nokia	34 889	0	0
Parkano ja Kihniö	8 093	1	0
Pirkkala-Vesilahti	24 644	1	0
Sastamala	23 995	0	-
Tampere-Orivesi	253 293	18	9
Valkeakoski	20 701	0	0
Virrat-Ruovesi	10 629	1	0
Ylöjärvi	33 500	0	0
Yhteensä	524 428	27	10

Taulukko 1. Kotikuntoutuksen fysio- ja toimintaterapeuttien resurssit Pirkanmaalla (Sokka 2022a)

3 KOTIKUNTOUTUKSEN MÄÄRITTELEMINEN

Kotikuntoutuksen yhtenäistä määritelmää ei vielä ole, sillä käsite tarkoittaa eri organisaatiossa sisällöllisesti erilaisia toimintatapoja. Myös maittain käsitteen käytössä on eroja. (Metzelthin ym. 2022, 703.) Norjassa kotikuntoutusta on kehitetty moniammatillisesti terapeuttien ja sairaanhoitajien yhteistyönä, ja käsitteeksi on vakiintunut termi Hverdags-rehabilitering eli arkikuntoutus, kun taas Ruotsissa käytetty termi on hemrehabilitering ja Iso-Britanniassa reablement. (Ikääntyvien kotikuntoutus s.a.) Selkeän määritelmän puuttuminen vaikuttaa tuotettavien palveluiden laatuun sekä asiakaslähtöisyyteen (Forss 2016, 34–36).

3.1 Kotikuntoutus toimintakyvyn tukena

Eksotessa toteutettu vanhusten laitoshoidon purkaminen menestyksekkäästi perustui kotikuntoutukseen ja kotona tapahtuvan toimintakyvyn ylläpitoon (Hussi 2017, 47). Laitoshoitoa on pyritty Eksotessa korvaamaan erityyppisillä

asumispalveluilla, jolloin laitospaikkoja on pystytty vähentämään ja vastaavasti toimintakykyä tukevia avopalveluita ja kotiin tuotavia palveluita lisäämään (Tepponen 2015, 5). Eksoten toimintamallin kehityksessä on hyödynnetty Boråsin kotikuntoutusmallia, missä keskitytään ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön ja korostetaan kuntoutusammattilaisten ohjaavaa roolia aktivointi- ja kuntoutustyötä tekevien hoitohenkilöstön ja omaisten tukena (Borås stad 2010, 15).

Ennaltaehkäisemällä toimintakyvyn heikkenemistä ja tukemalla toimintakyvyn palautumista pyritään mahdollistamaan kotona asuminen onnistuneesti mahdollisimman pitkään. Kuntoutumisen tukemiseen tarvitaan kotihoidon henkilöstön ja kuntoutusalan ammattilaisten yhteistyötä. Heikentyntä tai äkillisesti romahtanutta toimintakykyä lähdetään usein tukemaan kuntoutusinterventioilla, mutta on tärkeää, että kuntoutuminen jatkuu myös osana arkea kuntoutusjakson jälkeen. (Penttinen ym. 2018, 3–4.)

Kuntoutumisen tavoitteita asetettaessa on muistettava, että asiakas ei harjoittele arkitoimia kuten suihkussa käyntiä tai ruuan laittoa, vaan tekee harjoitteita suoriutuakseen näistä arjen toiminnoista (Eliassen ym. 2018, 8). Jotta asiakas tekisi harjoitteita myös itsekseen, häneltä vaaditaan tahdonvoimaa. (Hjelle ym. 2017, 1585–1588.) Asiakkaiden toimijuuden huomioiminen tavoitteita asetettaessa lisää niiden saavuttamisen todennäköisyyttä. Usein asiakkailta on oletus, että kuntoutusammattilaiset suunnittelevat ennalta valmiin kuntoutuskonseptin, jossa asiakas on vain työn kohteena. (Pikkarainen 2020, 72.)

Kotikuntoutuksessa on tärkeää, että kuntoutumista tukevat kotihoidon henkilöstö, omaishoitajat sekä muut yhteistyökumppanit koko kuntoutusjakson ajan, mutta yhtä tärkeää on, että tuki jatkuu myös kuntoutusjakson jälkeen. Tässä nouseekin esiin toimintakykyä tukevan työotteen ja yhteistyön tärkeys asiakkaan palveluita suunniteltaessa. (STM 2017, 59.) Myös kotihoidon palvelusuunnitelmasta on käytävä ilmi asiakkaan kuntoutussuunnitelma, eli selvitys siitä, miten asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä pystytään tukemaan kuntoutusjakson jälkeen (Kehusmaa ym. 2017, 2).

Tehostetun kotikuntoutuksen termiä käytetään toimintamallista, jossa asiakas hyötyy nousujohteisesta moniammatillisesta kuntoutuksesta esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tällöin kyseessä on ennalta määritellyn pituinen intensiivinen kuntoutusjakso, jonka toteutuksesta vastaa moniammatillinen tiimi yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Tehostettu kotikuntoutus on yleensä kohdennettu asiakkaille, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut äkillinen heikentyminen, ja jotka ovat motivoituneita omatoimiseen harjoitteluun. (Paltamaa ym. 2018, 27–28.)

Kotikuntoutuksen ja erityisesti tehostetun kotikuntoutusjakson oikea-aikaisuus on tärkeää. Varhaisella puuttumisella on todettu olevan vaikutusta asiakkaiden parempaan fyysiseen suoriutumiskykyyn ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Varhaisen puuttumisen menetelmällä on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia myös siihen, kuinka pitkään asiakkaat kykenevät asumaan kotonaan asumispalveluihin muuton sijaan. (Meisingset ym. 2021, 6, 9.) Kaikille asiakkaille kotikuntoutusjakson myötä parantunut toimintakyky ja motivaatio eivät riitä kotihoitoon palveluiden vähentämiseen. Äkillisen toimintakyvyn taantumisen jälkeen tehostettu moniammatillinen kotikuntoutusjakso voi tuottaa selkeän toimintakyvyn paranemisen ja johtaa jopa täyteen itsenäisyyteen. Suurimmalla osalla kotihoitoon asiakkaista toimintakyky on kuitenkin hiipunut pitkällä aikavälillä, eikä pyrkimys tulla riippumattomaksi hoidosta enää ole mielekäs tavoite asiakkaalle. (Bødker ym. 2019, 1369–1370.)

3.2 Arkikuntoutus kotikuntoutuksen toimintamuotona

Arkikuntoutus on erityisesti toimintaterapiassa yleistynyt termi ja sitä pidetäänkin yhtenä kotikuntoutuksen muodoista. Menetelmänä arkikuntoutusta on hyödynnetty jo vuosien ajan Australiassa, Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa. Arkikuntoutukseksi katsotaan asiakkaan omassa arkiympäristössä toteutettu oma-toimisuutta tukeva asiakaslähtöinen ja moniammatillisesti toteutettu kuntoutumisen tukeminen. Arkikuntoutus alkaa kysymyksellä ”Mistä arjen toimista haluat suoriutua itsenäisesti?” (Niskanen 2017.)

Arkikuntoutus toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Korkeakoulusta valmistuneilla sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisilla on päävastuu kuntoutussuunnitelmien laadinnasta yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutussuunnitelma

tehdään laajan moniammatillisen arvioinnin pohjalta. Suunnitelma pitää sisälleen harjoitteita, asiakkaan toimintatapojen muutoksia ja itsensä johtamista, ympäristön ja apuvälineiden mahdollisia muokkauksia, asiakkaan, perheen ja hoitohenkilökunnan harjoittelua ja ohjausta sekä lääkemuutoksia. (Niskanen ym. 2021, 20–21.) Suunnitelman lisäksi ammattilaisten tehtävänä on kotihoidon henkilökunnan tukeminen ja ohjaaminen sekä palvelun laadun varmistaminen. Moniammatillinen yhteistyö on keskiössä, sillä kuntoutus ei voi olla riippuvainen vain yhden ammattiryhmän resursseista. (Zingmark 2013, 27.)

Keskeisintä arkikuntoutuksessa on yksilöllisyyden huomioiminen. Toiminta perustuu asiakkaan arjen toimiin, jotka hän itse kokee merkityksellisiksi ja tärkeiksi. Tavoitteet eivät ole pelkästään hoidollisia fyysisiä toimenpiteitä, vaan liittyvät asiakkaan toimintakyvyn lisäksi hänen osallisuuteensa ja aktiivisuuteensa yhteiskunnassa, hänelle tärkeisiin sosiaalisiin rooleihin. (Newton, 2012, 119.) Vaikka arkikuntoutus-termiä käytetään ajoittain myös Suomessa ja sen ominaispiirteitä toteutuu monien kuntien kotikuntoutuksessa, virallisen määritelmän mukaista toimintaa ei meillä vielä laajasti toteuteta. Verrattuna esimerkiksi Norjaan, missä arkikuntoutus on aktiivisessa käytössä, kuntoutusalan tutkimuksissa on eroja Suomeen verrattuna. Kuntoutusammattilaiset tarvitsisivatkin meillä aiheesta täydennyskoulutusta. (Niskanen ym. 2021, 26–27.)

Arkikuntoutus on varhaisen tuen hoitomuoto, eli palvelun oikea-aikainen kohdentaminen on tärkeää. Asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen ovat keskiössä, mutta on huomioitavaa, että ajallisesti rajatun kuntoutusjakson jälkeen monet asiakkaat tarvitsevat ulkoista motivointitukea, jotta saavutetut taidot arjessa ja yhteiskuntaan osallistumisessa säilyvät. (Hjelle ym. 2017, 1581.)

3.3 Kuntouttava hoitotyö asiakkaan arjessa kuntoutumisen tukena

Vaikka kuntouttavaa hoitotyötä korostetaankin kotihoidossa, toimintakäytännöt vaihtelevat valtakunnallisesti merkittävästi (Kehusmaa ym. 2017, 2). Parhaimmillaan kuntouttava hoitotyö mahdollistaa oikea-aikaisen kuntoutustarpeen tunnistamisen sekä kuntoutujalähtöisten toimenpiteiden käynnistämisen (Tuominen & Tuuri 2020, 235). Kuntouttavan hoitotyön on todettu vähentävän kotihoidon palvelujen käyttöä. Sillä on myös havaittu olevan myönteisiä vaikutuk-

sia asiakkaille kuten liikuntakyvyn ja päivittäisistä askareista suoriutumisen kohentuminen sekä koetun henkisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun paraneminen. Asiakkaat ovat kokeneet saavansa tukea itsenäisyyteensä ja kotona asumiseen. (Hotus 2020.) Usein kuntouttava hoitotyö on riittämätöntä, eikä asiakkaan voimavaroja tai uskoa kuntoutumisen mahdollisuuksiin pystytä täysin hyödyntämään (Edgren ym. 2021, 4–5.)

Kuntoutujälähtöisessä toiminnassa asiakas on itse oman elämänsä asiantuntija ja vastuussa tulevaisuutensa luomisesta. Hoitohenkilöstön tehtävänä on toimia yhteistyökumppanina, joka avaa toiminnan mahdollisuuksia ja lisää ja tukee asiakkaan toimintavalmiuksia. Kuntoutujälähtöisessä toiminnassa vuorovaikutus perustuu luottamukseen ja tasa-arvoon. Hoitohenkilöstön työote on voimavarasuuntautunutta ja vuorovaikutuksessa pyritään palkitsemaan asiakkaan itsenäisyyttä. Asiakkaan toimintakyvyn haasteisiin haetaan ratkaisua ensisijaisesti asiakkaan omista voimavaroista, tahdosta ja toiveista. Ratkaisujen on myös lähdettävä kuntoutujan ympäristön mahdollisuuksista. Kuntoutuja-lähtöisen toiminnan tavoitteena on ratkaisukeinojen lisääntyminen, hoitajilta tarvittavan avun väheneminen sekä asiakkaan elämänhallinnan lisääntyminen. (Forsbom ym. 2001, 13–14.)

Kuntoutumista tuettaessa on muistettava antaa asiakkaiden yrittää tehdä asioita itse, turvallisessa ympäristössä ja ilmapiirissä. Hoitajan tehtävänä onkin toimia tukijana, jos asiakas apua tarvitsee. Ikääntyneillä yleistynyt yksinäisyyden tunne voi kuntoutumisen myötä vähentyä, kun asiakas kokee pääsevänsä uudestaan kiinni arkeensa, vaikka samalla hyväksyykin ikääntymisen ja sen myötä tulleet muutokset. (Östlund ym. 2019, 526–528.) Kuntoutumista edistävien toimien tavoitteena on palauttaa tai uudelleen oppia arjen taitoja, jolloin asiakas selviytyy niistä itsenäisesti, sen sijaan että hoitaja tekisi ne hänen puolestaan (Aspinal ym. 2016, 577).

Asiakkaan kuntoutuminen ei ole pelkästään kuntoutusammattilaisten yksittäisillä käynneillä tapahtuvia ohjattuja harjoitteita, vaan kaikkea arjen toimintaa. Kuntoutumisen tulee olla kaikkien asiakkaan kanssa toimivien ammattilaisten yhteinen päämäärä. (Penttinen ym. 2018, 4.) Kotihoidon työntekijät tuntevat

asiakkaansa parhaiten, käynnit ovat tiheämmässä kuin kuntoutusammattilaisten ja toiminta keskittyy nimenomaan asiakkaan arjen toimiin (Stausholm ym. 2021, 7).

Kuntouttava hoitotyö alkaa henkilökunnan asenteesta. Suomessa tarvittaisiinkin asenteellista ja koulutuksellista muutosta, jotta kotiin annettavissa palveluissa keskittyminen siirtyisi hoitopainotteisuudesta kuntoutuspainotteiseen toimintakyvyn tukemiseen (Hussi ym. 2017, 50). Puolesta tekemisen lähestymistapa on juurtunut syvälle ja koetaankin usein helpommaksi ja nopeammaksi tavaksi suoriutua tehtävistä (Smeets ym. 2019, 297). Lisäkoulutus edistää muutosta, mutta vanhoihin tapoihin taantuu herkästi (Jokstad ym. 2019, 913). Hoitajien mahdollisuus erikoistua kuntoutukseen vahvistaa korkealaatuisen hoidon tuottamista ja varmistaa moniammatillisen näkökulman kuntoutuksessa (Gutenbrunner ym. 2021, 2).

Yksi lisäkoulutuksen muoto on Suomessakin lisääntynyt kinestetiiikan koulutus. Kinestetikka on asiakkaan voimavaralähtöinen toimintamalli, missä keskitytään ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen hyödyntämiseen. Oleellisena osana on myös ihmisen kunnioittava kohtaaminen. Tavoitteena on edistää tuen tarpeessa olevan omien voimavarojen ylläpitämistä ja edistämistä sekä samalla huolehtia myös auttajan asemassa olevan tuki- ja liikuntaelimistön terveydestä. Kinestetiiikan toimintamallin mottona on: ”Pienikin voimavara on mahdollisuus”. (Suomen kinestetiiikkayhdistys ry. 2022.)

4 TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN KOTIKUNTOUTUKSESSA

Sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä olevista palveluista yhä enemmän tuotetaan asiakkaiden kotona. Samalla palveluita muokataan laitospainotteisista avopainotteisiksi. Koska laitospainotteisen hoidon tarve pyritään pitämään mahdollisimman vähäisenä, on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten laajennettava valmiuttaan arvioida ja tukea asiakkaiden toimintakykyä. Laitoksissa toimintakyvyn heikkenemisen uhka kasvaa ja asiakas muuttuu helpommin passiiviseksi avun saajaksi aktiivisen kuntoutujan sijaan verrattuna kotona apua saaviin. (Tuominen & Tuuri 2020, 229.)

Kotikuntoutumista suunniteltaessa on otettava huomioon kuntoutumistarpeen moninaisuus, kokonaistilanne, hoitajien rooli ja tuen tarve kotona (Trappes-Lomax & Hawton 2012, 185). Kuntoutuminen ei voi olla vain kuntoutusammattilaisten varassa, sillä heidän resurssinsa eivät riitä toimintakyvyn edistämiseen. Tarvitaankin moniammatillista toimintatapaa, missä asiakkaan kuntoutuminen ja toimintakyvyn edistäminen ovat yhteisenä lähtökohtana kaikille asiakkaan parissa työskentelevien toiminnalle. Kuntoutusammattilaisten rooli korostuu esimerkiksi kotihoidon henkilöstön ohjauksessa ja kouluttamisessa jotta asiakkaan kuntoutumista edistävät toimintatavat sekä toimintakyvyn tukeminen tulisi osaksi asiakkaan arkea. (Penttinen ym. 2018, 4.)

Kotikuntoutuksessa kotihoidon työntekijät ovat tärkeässä asemassa tiedon- saannin- ja kulun kannalta, sillä heidän säännölliset asiakaskäyntinsä auttavat heitä tunnistamaan asiakkaiden todelliset kuntoutustarpeet. Kuntoutusammattilaisen käynnillä asiakkaat saattavat pyrkiä ylläpitämään ”julkisivua”, kun taas kotihoidon käynneillä keskinäinen luottamus on jo syntynyt ja totuudenmukaisempi arki näyttäytyy. (Stausholm ym. 2021, 7.)

Ratkaisuksi kotihoidon ja kuntoutusprosessin tehostamiseksi on esitetty moniammatillista tiimimallia. Mallissa moniammatillinen tiimi vastaa yhteistyössä asiakkaan laaja-alaisesta toimintakyvyn arviosta, kuntoutuksen toteutuksesta ja toimintakyvyn tukemisesta. Moniammatillisen tiimin ja sen työtä tukevan konsultaatioavun avulla voitaisiin saavuttaa vakaa ja hallittu toimintamalli, joka tukisi kotona asumista ja lyhentäisi sairaalajakson pituutta asiakkaan elämän loppuvaiheessa. (Tuominen & Tuuri 2020, 239.)

Moniammatillisen tiimityön onnistumiseksi tulisi tunnistaa eri ammattiryhmien roolit osana kokonaisuutta sekä se, miten eri ammattialat tuovat lisäarvoa yhteiseen työskentelyyn. Epäselvien roolijakojen vuoksi erityisosaamista ei aina tunnisteta mikä voi johtaa väärinkäsityksiin ja kielteisiin stereotypioihin toisista ammattiryhmistä. Moniammatillisen tiimityön tarkoituksena on perehtyä laaja-alaisesti asiakkaan tilanteeseen ja ottaa se kokonaisvaltaisesti haltuun. Toimissaan malli tuo uusia näkökulmia ja sitä kautta ratkaisuideoita asiakkaan yksilölliseen elämäntilanteeseen. (Mönkkönen ym. 2019, 46–47.)

4.1 Moniammatillisen työskentelyn hyödyt ja vaikutukset

Suomen kielessä moniammatillisuuskäsitettä käytetään väljästi ja sillä voidaan tarkoittaa hyvinkin erilaisia vuorovaikutustilanteita asiakas- ja potilastyössä. Sosiaali- ja terveysalalla on käytetty yhteistyötä kuvaamaan termejä ammattilaisten yhteistoiminnallisuus sekä jaettu asiakkuus, jotka kuvaavatkin hyvin moniammatillisen työskentelyn päämäärää, että rakennetaan yhteistä tietämystä asiasta. Yhteistoiminnallisuudessa keskiössä ovat yhteisten tehtävien ympärille syntyvä yhteinen toiminta. Tärkeintä olisi tavoittaa eri ammattilaisten erilaiset näkemykset ja ottaa niistä oppia. Moniammatillisissa ryhmissä tieto ja vuorovaikutus rakentuvat vastavuoroisesti ammattilaisten, asiakkaiden ja heidän läheistensäkin kesken. (Kekoni ym. 2019, 12–13.)

Bronsteinin (Kekoni ym. 2019, 14–15) mallissa on viisi moniammatillisen työskentelyn osa-aluetta, joiden varassa moniammatillisen työskentelyn hyödyt rakentuvat sekä neljä työskentelyyn vaikuttavaa tekijää. Ensimmäisenä osa-alueena on keskinäinen riippuvuus, mikä tarkoittaa ammattilaisen kykyä ymmärtää roolinsa moniammatillisessa työryhmässä sekä vaatimusta luottaa toisiin ryhmäläisiin ja heidän asiantuntemukseensa. Kun keskinäinen riippuvuus on saavutettu, on mahdollista toteuttaa uudelleen luotuja ammatillisia toimintatapoja. Näillä tarkoitetaan laajempia käytäntöjä, ohjeistuksia tai palveluita, joiden uudistaminen edistää asiakkaan hyötymistä toteutuksesta. Onnistunut moniammatillinen työskentely edellyttää myös joustavuutta. Työntekijöiden on mahdollisuuksien mukaan pystyttävä omaksumaan uusia rooleja yhteistyötä tehdessään. Tavoitteiden yhteinen omistajuus tarkoittaa ammattilaisten, asiakkaan ja mahdollisesti heidän läheistensä jaettua vastuuta koko prosessista alkaen aina tavoitteiden asettamisesta ja päättyen niiden saavuttamiseen. Moniammatillisen työryhmän tulisi hyödyntää myös prosessin reflektointia, jolloin jo päättyneistä asiakasprosesseista voidaan ottaa oppia tulevaisuutta vasten. (Kekoni ym. 2019, 14–15.)

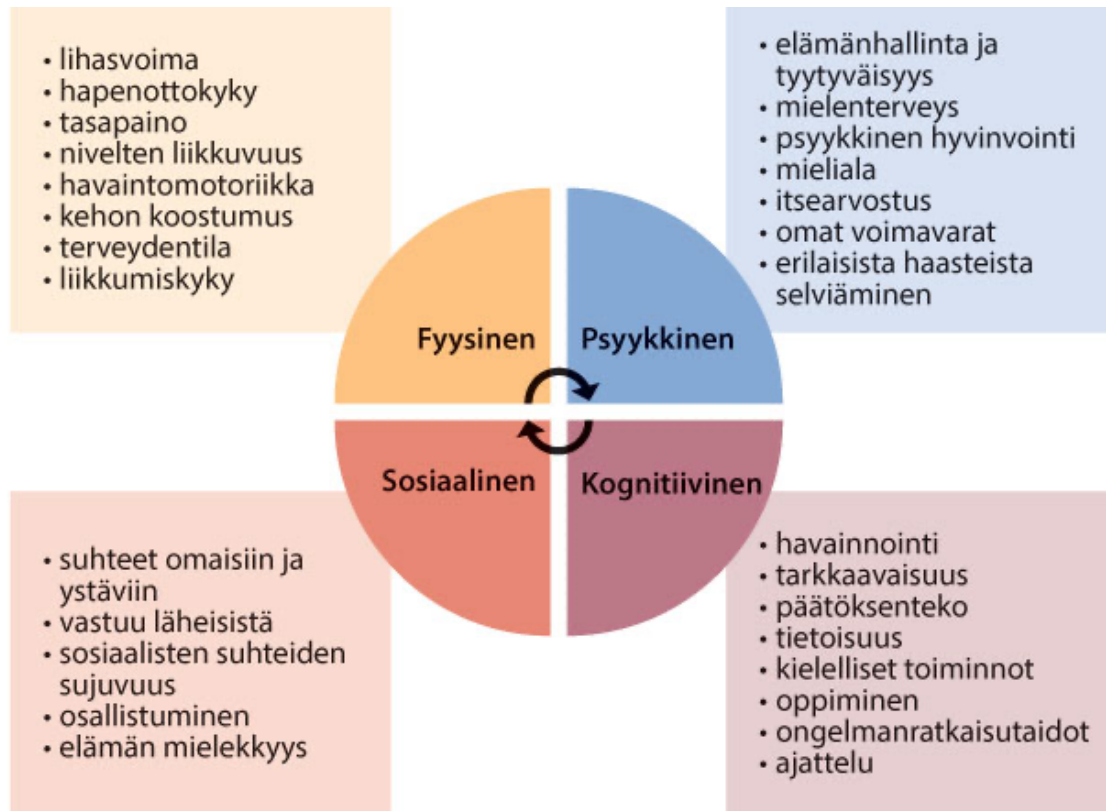
Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavista tekijöistä ensimmäisenä nousee esiin selkeä ja myönteinen ammatillinen rooli. Tasavertainen yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa vaatii vahvaa ammatillista identiteettiä, jotta henkilö pystyy luottamaan asiantuntemukseensa ja näkemään osaamisensa

merkityksen tilanteessa. Rakenteellisia tekijöitä ovat esimerkiksi organisatiokulttuuri, esihenkilöstön suhtautuminen moniammatillisuuteen sekä työskentelyyn varatut ajan ja paikan rajoitteet ja ne vaikuttavatkin merkittävästi moniammatillisuuden toteutumiseen. Yhteistyötä tehtäessä persoonalliset tekijät näkyvät toiminnan toteutuksessa ja nousevat esiin myös ryhmän yhteisen historian kautta. Jos yhteistyö on aikaisemmin ollut sujuvaa, sillä on myönteinen vaikutus onnistumiseen jatkossakin. Kielteinen ennakkokäsitys vaikuttaa työskentelyn panostukseen sekä erilaisten näkemysten huomioimiseen. (Kekoni ym. 2019, 15.)

Kuten edellä Bronsteininkin mallissa todetaan, moniammatillisessa työryhmässä on vallittava yhteisymmärrys ammatillisista rooleista ja sen rajoista. Yhdessä työskentely voi parhaimmillaan lisätä oman ammatillisen roolin turvallisuutta, mikä taas lisää mahdollisuutta keskittyä omaan asiantuntemukseensa. Samalla yhteistyö voi myös syventää spesifiä tietämystä hyödyntämällä muiden ammattiryhmien tietoja. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kokonaisvaltaisemman kuvan saamisen asiakkaan tarpeista, jolloin myös asiakkaalla on paremmat mahdollisuudet saada oikea aikaista ja kohdennettua palvelua. (Duner 2013, 250–251.)

4.2 Toimintakyky

Ihmisen toimintakyvyllä tarkoitetaan niitä fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia ominaisuuksia, joita henkilö tarvitsee selviytyäkseen hänelle itselleen merkityksellisistä sekä välttämättömistä päivittäisistä toimista (THL 2020). Kuvassa 2 on kuvattu ihmisen toimintakykyä biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Toimintakyky sisältää jokapäiväisen elämän ihmisen omassa elinympäristössä sekä kyvyt huolehtia itsestään ja muista (Äijö & Sirviö 2019). Kuntoutusprosessin ensimmäisenä vaiheena onkin toimintakyvyn laaja-alainen arviointi, jonka pohjalta voidaan lähteä rakentamaan tavoitteiden asettamista ja toimintakyvyn edistymistä (Tuominen & Tuuri 2020, 233–234).



Kuva 4. Toimintakyvyn ulottuvuudet Äijö & Sirviö (2019) mukaan

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä liikkua ja toteuttaa päivittäisiä perustoimia sekä asioiden hoitamiseen liittyviä välineellisiä päivittäistoimia kuten kaupassa käynti ja bussin käyttö (Äijö & Sirviö 2019). Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida mittaamalla muutoksia hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimestössä sekä nivelten liikkuvuudessa. Fyysistä toimintakykyä mitattaessa on huomioitava myös kuulo- ja näköaistissa sekä tasapainossa tapahtuneet muutokset. (Tuominen & Tuuri 2020, 230.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön elämänhallintaa sekä tyytyväisyyttä omaan elämään ja sillä voidaan kuvata yksilön voimavaroja selvitä erilaisista elämän asettamista haasteista (Äijö & Sirviö 2019). Psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella eri näkökulmista kuten mielialan ja persoonallisuuden tai psyykkisten oireiden ja mielenterveyshäiriöiden näkökulmasta. Vahva psyykinen toimintakyky tukee itse asetettujen tavoitteiden saavuttamista, mikä taas edistää elämänhallinnan ja selviytymisen tunnetta. (Tuominen & Tuuri 2020, 231.)

Toimintakyvyn kognitiivisella ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen kykyä havainnoida ja tarkkailla, kykyä ratkaista ongelmia sekä tehdä itseään koskevia päätöksiä tietoisesti. Kognitiivista toimintakykyä ovat myös ajattelu, oppiminen sekä kielellinen itseilmaisu. (Äijö & Sirviö 2019.) Kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on usein sairauksia. Normaali iän myötä tapahtuva muistin heikentyminen ei yleensä aseta haasteita päivittäisistä toimista selviämiseen, vaan taustalla on muita tekijöitä. Kognitiivista toimintakykyä voidaan pyrkiä kohentamaan esimerkiksi muistihoitajien toimesta. (Tuominen & Tuuri 2020, 231.)

Sosiaalisella ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen vuorovaikutussuhteita läheisiinsä sekä niiden toimivuutta. Sosiaalinen toimintakyky on osallistumista sosiaalisiin tilanteisiin, jotka tuottavat mielekkyyttä elämään. (Äijö & Sirviö 2019.) Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ihmisellä on oltava mahdollisuus osallistua mahdollisista rajoitteistaan huolimatta edes jossain määrin itseään kiinnostaviin tilaisuuksiin kodin ulkopuolella sekä ylläpitää läheisiä ihmissuhteita (Tuominen & Tuuri 2020, 231–232).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF:n avulla toimintakykyä voidaan kuvata biopsykososiaalisesta näkökulmasta, sillä siinä huomioidaan myös ympäristö ja yksilötekijöiden vaikutukset. ICF-luokituksen käyttö yhdenmukaistaa eri ammattiryhmien kieltä ja siten parantaa moniammatillista yhteistyötä. (THL 2022.) ICF-luokitus sisältää myös osallistumisen määritelmän, mikä kuvataan osallisuutena elämän eri tilanteisiin. Osallistumisrajoitteet ovat toimintakyvyn ongelmia, joita henkilö kokee osallisuudessaan elämän eri tilanteissa. (WHO s.a., 19.)

Kuten yllä jo todettiin, toimintakyky on biopsykososiaalinen kokonaisuus, missä kaikki vaikuttavat toisiinsa. Edgren ym. (2021,6) mukaan ylläpitämällä fyysistä toimintakykyä on mahdollista hidastaa kognitiivisten ongelmien ilmaantumista. Seuraus on merkittävä, sillä tiedetään myös, että heikentynyt kognitio vaikeuttaa kuntoutumista. On myös havaittu, että kokemus osallisuudesta parantaa psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita, mikä lisää mahdolli-

suuksia ja motivaatiota fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitoon. Yhdessä fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet taas edistävät sosiaalista toimintakykyä, sillä henkilö, joka voi psyykkisesti hyvin jaksaa myös huolehtia itsestään sekä osallistua ympäröiviin toimintoihin. Toimintakyvyn osa-alueet siis vaikuttavat toisiinsa ja positiivisen vaikutuksen hyödyntäminen ennaltaehkäisyssä ja kuntoutuksessa vaatiikin kaikkien osa-alueiden huomioimisen.

4.3 Vaikutukset kansanterveyteen ja kustannuksiin

Suomalainen ikärakenne muuttuu ja ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa. Vuonna 2018 65 vuotta täyttäneitä oli noin 20 prosenttia väestöstä, kun vuonna 2030 heidän osuutensa oletetaan kasvavan noin 26 prosenttiin. Ikärakenteen muuttuessa väestöllinen huoltosuhde heikkenee, mikä heijastuu ikäihmisten palvelujen tarpeeseen ja palveluiden toteuttamiseen eri maakunnissa. (STM 2020, 14–15.) Pidentyneet eliniänodotteet tuovat mukanaan mahdollisuuksia, mutta ovat sidottuja ikääntyvien hyvään terveydentilaan (WHO 2017, iv).

Kotikuntoutus ja moniammatillinen toimintakyvyn edistäminen on todettu vaikuttaviksi ja taloudellisesti kannattaviksi keinoiksi vastata ikärakenteen muutokseen ja sen tuomiin haasteisiin (Kjerstad & Tuntland 2016, 8–9; Lewin ym. 2013, 1280; Lewin ym. 2014, 334–335). Terveen ikääntymisen skenaariossa yhteiskunnan ikärakenteen muutos ei yksistään lisää terveydenhuoltokustannuksia sillä ikääntyminen itsessään ei aiheuta terveydenhuoltomenoja. Kuntoutukseen panostamalla voidaan lisätä mahdollisimman terveitä ikävuosia ja siten lykätä terveydenhuollon kustannuksia viimeisille ikävuosille, jolloin niiden käyttö yleisestikin lisääntyy. (Kjerstad & Tuntland 2016, 8–9.) Salusen (2019, 146) mukaan henkilön toimintakyky on oleellinen vaikuttaja siihen, kuinka paljon hoivapalveluita hän tarvitsee, ei niinkään ikä tai diagnosoidut sairaudet.

Moniammatillisen yhteistyön on todettu olevan tehokas ennaltaehkäisykeino, jolla on pystytty ylläpitämään asiakkaiden terveydellistä elämänlaatua (Liimatta ym. 2019, 95–96). Ikärakenteen muuttuessa elämänlaatuun vaikuttavat etenevät muistisairaudet tulevat olemaan kasvava osa kotikuntoutuksen asia-

kasryhmien haasteita. Muistisairaudet eivät ole este kotikuntoutukselle ja kuntoutusjaksojen tulosten kestävyyttä parantaa nimenomaan moniammatillinen yhteistyö. (O'Connor ym. 2020, 9.) Muistisairaiden kotikuntoutuksessa keskitytään toimintakyvyn ylläpitämiseen mahdollisimman pitkään sekä menetettyjen toimintojen sopeuttamiseen (Poulos ym. 2017, 455–456).

Oikea-aikaisesti toteutetulla moniammatillisella kotikuntoutuksella on todettu olevan merkittäviä vaikutuksia asiakkaiden fyysiseen itsenäisyyteen sekä kuntoutusjakson jälkeisen hoidontarpeen ja hoitosuunnitelmien vähenemiseen, mikä on parantanut asiakkaiden mahdollisuuksia jatkaa kotona asumista (Slater & Hasson 2018, 145–146; Parsons ym. 2013, 1019–1020). Kuntoutuksen puute kustantaa kuitenkin vuosittain yli 0,5 miljardia euroa ylimääräisiä kustannuksia. Säästöä pystytään kerryttämään, kun ikääntyneet voivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. (Hussi ym. 2017, 8.) Varhaisen puuttumisen on todettu vähentävän merkittävästi sairaalahoidon tarvetta (Nord ym. 2021, 7).

Hussi ym. (2017, 20) ovat tehneet laskelmia laitoshoidon ja kotihoidon kustannuseroista. Laskelmissa huomioitiin myös Eksoten malli, jota hyödyntämällä on pystytty kuntouttamaan jo tukipalveluita saavia ikääntyneitä täysin itsenäisesti toimiviksi. Laskelmissaan Husi ym. totesivat, että ikääntyneiden kotiin tuotetut tukipalvelut kustansivat vuosittain yhteensä noin 10 000 euroa henkilöltä. Vastaavasti laitoshoitovuoden kustannuksiksi laskettiin 47 450 euroa. Jos kotihoidon ja laitoshoidon järjestelmässä on 10 000 henkilöä puutteellisen kuntoutuksen vuoksi, on kuntoutusvajeen karkea kustannusarvio noin 350 miljoonaa euroa.

Tutkimuksissa moniammatillisen kotikuntoutuksen on todettu olevan pelkkää kotihoitoa kustannustehokkaampaa. Moniammatillinen kotikuntoutus vähentää myös kuntoutusjakson jälkeisen ajan kotihoidon käyntimääriä. (Kjerstad & Tunland 2016, 8–9; Lewin ym. 2013, 1280; Lewin ym. 2014, 334–335.) Asiakas on kotikuntoutuksen keskeisin hyötyjä, mutta on myös havaittu, että moniammatillisella kotikuntoutuksen ja kuntouttavan kotihoidon yhteistyöllä on positiivisia vaikutuksia kotihoidon työntekijöiden työtyytyväisyyteen ja onnistumisen tunteeseen työssä (Chiang ym. 2020, 11).

Jotta laadukasta moniammatillista kotikuntoutusta voitaisiin toteuttaa, se vaatii asennemuutosten lisäksi resurssoinnin ja organisaation uutelleen pohdintaa. Steihaug ym. (2016, 51) ovat todenneet, että kotikuntoutuksen organisatoriset puitteet, kuten aikapaineet vaikeuttavat kuntoutustyötä. Lisäresursoinnille on tarvetta, mutta pelkkä terveydenhuoltoalan ammattilaisten lisääminen ei paranna toiminnan laatua. Henkilöstön lisäämisen lisäksi on kiinnitettävä huomiota prosessien kehittämiseen sekä ammattilaisten asiantuntijuuteen. (Tuominen & Tuuri 2020, 238.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palvelumuotoilua hyödyntäen moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen toimintamalli (MATE-malli) Pirkanmaan hyvinvointialueella toimivalle kotikuntoutukselle. Tarkoituksena on luoda toimintamalli moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Toimintamallilla pyritään yhdenmukaistamaan Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksen toimintatapoja. Toimintamallin kehittämistyöhön on osallistunut Pirkanmaan eri kuntien kotikuntoutuksen ammattilaisia haastatteluiden sekä työpajan kautta. Opinnäytetyössä haetaan vastauksia kysymyksiin:

1. Millainen moniammatillisen toimintakyvyn edistämisen ideaalimallin tulisi olla Pirkanmaan kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksen mukaan?
2. Miten moniammatillista yhteistyötä tulisi Pirkanmaan kotikuntoutuksessa työntekijöiden näkökulmasta kehittää?
3. Millä keinoin kotikuntoutuksen työntekijät edistäisivät kuntouttavan hoitotyön toteutumista Pirkanmaalla?

Opinnäytetyön ideointi alkoi syksyllä 2021 yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Varsinainen suunnittelu alkoi tietoperustan keräämisellä vuoden 2022 alussa. Teoreettisen viitekehyksen taustatutkimus on tehty systemaattisen kirjallisuushaun avulla. Haut on toteutettu PubMedin, EmeraldPremierin, EBSCOhostin ja ScienceDirectin tietokannoista. Pääasiallisina hakutermeinä on käytetty kotikuntoutusta (home rehabilitation/reablement), moniammatillista

yhteistyötä (multiprofessional/interprofessional collaboration), kotihoitoa (home care services) ja toimintakykyä (functional mobility), joiden pohjalta hakulausekkeet on rakennettu. Systemaattisen kirjallisuushaun lisäksi tietoperustan haussa on käytetty tutkimusten manuaalista hakua. Tutkimus- ja tiedonhakutaulukot löytyvät liitteistä 1 ja 2.

Hakulausekkeilla saadut tulokset nostivat esiin kuntoutusammattilaisten ja kotihoidon henkilöstön näkökulmia kotikuntoutuksesta ja yhteistyöstä, mutta myös kotikuntoutusta saaneiden asiakkaiden kokemuksia. Teoreettisen taustatutkimuksen tiivistelmänä voidaan sanoa, että moniammatillisesti toteutettu kotikuntoutus on taloudellista ja siitä hyötyvät ennen kaikkea asiakkaat, mutta myös työntekijät.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui palvelumuotoilu, koska sen avulla voidaan systemaattisesti kehittää toimintaa osallistaen ja sitouttaen mukaan palvelun asiakkaat (kotikuntoutuksen työntekijät) (Tuulaniemi 2011, 27–28). Taustatiedot kerättiin syksyllä 2022 laadullisen haastattelututkimuksen avulla sekä ketterän kehittämisen Innopaja-menetelmällä. Taustatietoja oli saatavilla myös toimeksiantajan keväällä 2022 teettämästä alkukyselystä.

MATE-malli on kehitetty kolmen prototyypin kautta yhteistyössä kuntien edustajien kanssa. Ensimmäinen prototyyppi kehitettiin puhtaasti teoreettiseen taustatutkimukseen pohjautuen. Toinen prototyyppi jalostettiin kotikuntoutuksen työntekijöiden haastatteluista esiin nousseiden aiheiden ja kommenttien perusteella ja kolmas kotikuntoutuksen työryhmän yhteistapaamisen Innopaja menetelmän tuotoksia hyödyntäen. Prototyypit ovat visuaalisia skenaarioita palvelun tulevaisuuden käyttötilanteista, joissa on nähtävillä, miten asiat tulevaisuudessa voisivat olla, jos toimintaa kehitettäisiin kuvatulla tavalla (Vaahtojärvi 2016, 133.)

5.1 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on paljon käytetty menetelmä yksityisissä yrityksissä, mutta myös julkisen sektorin palveluratkaisuja pystytään innovoimaan palvelumuotoilun menetelmillä. Verrattuna yksityisen yrityksen rahalliseen arvoon julkisella sektorilla palvelun arvo syntyy toimivista ja ihmisten elämää helpottavista

ratkaisuista. Kuntien tehtävänä onkin kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen palveluita tuottamalla. Haasteita julkisen sektorin palvelumuotoiluun tuo kunnille laissa määrätyt peruspalveluiden tuotantovastuut sekä poliittiset päätöksentekojärjestelmät. (Tuulaniemi 2011, 281–282.)

Toiminnan kehittäminen palvelumuotoilun avulla mahdollistaa jo olemassa olevien palveluiden kehittämisen sekä uuden innovoinnin yhteiskehittämisen keinoin. Asiakas on keskeinen osa palvelutapahtumaa, ja palvelumuotoilun ytimessä onkin asiakkaan palvelukokemus ja sen optimointi yhdessä kehitäten. (Ahonen 2017, 6.) Tässä opinnäytetyössä kehitettävä palvelu on Monialaisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen toimintamalli (MATE-malli) Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutukselle. Asiakasnäkökulmana ovat Pirkanmaan kotikuntoutuksen työntekijät. Yhtenäisellä toimintamallilla pyritään selkiyttämään sekä lisäämään moniammatillisen yhteistyön toteutumista kotikuntoutuksessa.

Palvelumuotoilu on systemaattinen toiminnan kehittämistapa, jota kuvataan prosessina. Kehitettävää palvelua pyritään tarkastelemaan kokonaisvaltaisesti ja kokonaiskuva on pidettävä koko suunnittelun ajan selkeänä mielessä, vaikka palvelu jaetaan pienempiin osakokonaisuuksiin. Palvelumuotoiluprosessi tarkoittaa loogisesti eteneviä ja toistuvia toimintoja. (Tuulaniemi 2011, 126.) Prosessi käynnistyy asiakkaan tarpeesta, johon palvelumuotoilun keinon lähdetään kehittämään ratkaisua (Hiltunen 2017, 7).

Prosessin aluksi on määriteltävä mikä on ongelma, johon ratkaisua haetaan ja mitkä ovat tavoitteet. Määrittelyn tavoitteena on ymmärtää palvelun tuottavaa organisaatiota sekä sen tavoitteita. Määrittelyn jälkeen on vuorossa tutkimus eli tapa, jolla rakennetaan yhteinen ymmärrys kehittämiskohteesta, resursseista, käyttäjätarpeista ja toimintaympäristöstä. Samalla voidaan tarkentaa vielä palvelun tuottajan strategisia tavoitteita. (Morelli ym. 2021, 27–28.) Suunnitteluvaiheessa ideoidaan ratkaisuja ja testataan niitä nopeasti asiakkaiden kanssa. Palvelutuotanto vaiheessa kehitetty konsepti viedään käytännössä testattavaksi ja kehitettäväksi. Viimeisenä on arviointi, missä kehitysprosessin onnistumista arvioidaan ja palvelua säädetään saadun kokemuksen mukaisesti. (Tuulaniemi 2011, 128.)

Tässä opinnäytetyössä määrittelyvaihe on toteutettu yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Organisaation tarpeena on kehittää tulevalle Pirkanmaan hyvinvointialueella toimivalle kotikuntoutukselle yhtenäinen toimintamalli moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämiseksi. Organisaation tavoitteena on saada ideaalimalli, jota hyödyntämällä toimintatapoja hyvinvointialueella voidaan yhtenäistää ja moniammatillista yhteistyötä edistää. Ideaalimallin avulla pyritään täydentämään jo olemassa olevien kotikuntoutustahojen toimintatapoja sekä edistämään hyvien käytäntöjen leviämistä koko tulevalle hyvinvointialueelle. Tiiviillä moniammatillisella yhteistyöllä pyritään edistämään kotikuntoutuksen työntekijöiden omaa ammattitaidon kehitystä sekä hyödyntämään ammattitaito ja resurssit mahdollisimman tehokkaasti kotikuntoutuksen asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseksi.

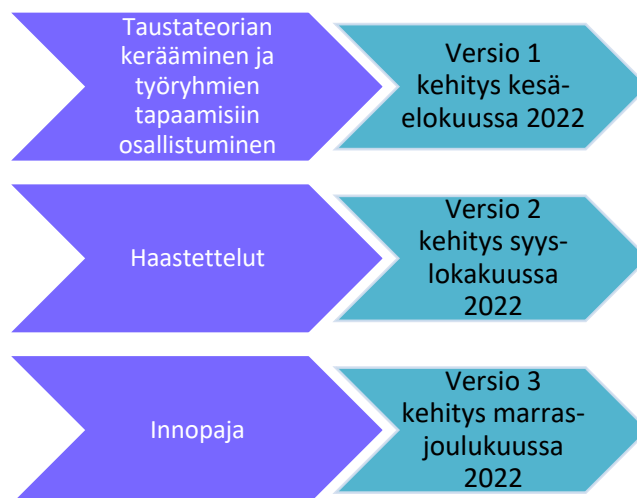
MATE-malli on suunniteltu täydentämään Pirkanmaan kotikuntoutusmallia, jonka pohjana on käytetty Eksoten kotikuntoutusmallia. MATE-mallissa pyritään kuitenkin hyödyntämään Pirkanmaan kunnissa jo toimiviksi todettuja toimintatapoja sekä yhdistelemään niitä teoreettisesta viitekehystä esiin nousseisiin menetelmiin kuten esimerkiksi arkikuntoutukseen.

Hyödyntämällä yhteiskehittämisen keinoja, pystytään kehittämään palveluja, joita on tarkasteltu monesta eri näkökulmasta. Palvelumuotoilussa asiakasymmärrys on toiminnan ydin. Asiakkaan (kotikuntoutuksen työntekijöiden) tarpeita ja toiveita on ymmärrettävä, jotta pystyttäisiin kehittämään palveluita, jotka tuottavat todellista lisäarvoa käyttäjälle. (Ahonen 2017, 37.) Tavoitteena palvelumuotoilussa on osallistaa prosessityöhön kaikki palvelussa mukana olevat osapuolet ja sitouttaa heidät yhteistyöhön jo palvelun suunnitteluvaiheessa. (Tuulaniemi 2011, 27–28.) Tässä opinnäytetyössä asiakkaita, eli kotikuntoutuksen työntekijöitä, pyrittiin osallistamaan projektin kehitystyöhön laadullisella haastattelututkimuksella sekä kotikuntoutustyöryhmän yhteistyötilaisuudessa toteutetulla ketterän kehittämisen Innopaja -menetelmällä.

Palvelumuotoilun avulla on mahdollista luoda palveluita, jotka ovat strategisesti järkeviä. Koska palvelut ovat usein näkymättömiä, palvelumuotoilun tehtävänä on tuoda ne näkyviksi visualisoinneilla ja prototyypeillä. Asiakkaan näkökulmasta palvelun on oltava hyödyllistä, käytettävää, johdonmukaista ja jo-

takin mahdollistavaa. Organisaation näkökulmasta katsottuna palvelun on oltava tuloksellista ja tehokasta. Tuloksellisuus ei välttämättä tarkoita rahallista tulosta, vaan että palvelu tuottaa sen minkä lupaa. Tehokkuudella tarkoitetaan resurssien järkevää käyttöä. (Tuulaniemi 2011, 94, 96, 99, 101–102.)

Tässä opinnäytetyössä palvelumuotoiluprosessin kehitysmenetelmänä käytettiin iteratiivista menetelmää. Iteratiivisuus menetelmänä tarkoittaa, että ratkaisusta, tässä tapauksessa MATE-mallista, kehitetään nopealla aikataululla ensimmäinen versio, mitä lähdetään kehittämään iteroiden (toistaen) kunnes tavoite on saavutettu (Ahonen 2017, 55). Kuvassa 3 on nähtävillä iterointisuunnitelma, mihin oli varattu aikaa kolmelle iterointikierrokselle. Versioihin, eli prototyyppeihin perustuva kehittämistyö toimii, kun innovaatiota pyritään kehittämään nopealla aikataululla. Uusia ideoita on mahdollista visioida melko vapaasti, testata asiakasryhmällä ja muokata palautteen mukaisesti ennen seuraavaa testauskierrosta. (Vetterli & Scherrer 2019, 65.)



Kuva 3. Iterointisuunnitelma ja aikataulusuunnitelma

Palvelumuotoilun ytimessä on palvelun kehittäminen yhteistyössä palvelun eri osapuolten kanssa. Asiakas, tässä tapauksessa kotikuntouksen työntekijä, on palvelun keskiössä ja asiantuntijaroolissa. Jotta heidän näkemyksensä saataisiin esiin, on tarjottava heille keinoja vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Yhteiskehittäminen sitouttaa palvelun osapuolia kehitystyön lisäksi pidemmän aikavälin toteutukseen. (Tuulaniemi 2011, 116–117.) Tässä opinnäytetyössä menetelmiksi tarjottiin mahdollisuus osallistua haastattelututkimukseen sekä

Innopaja menetelmään. MATE-mallin prototyypit visualisoitiin, jotta ne olisivat konkreettisesti nähtävillä.

5.2 Haastattelut

MATE-mallia varten haastateltiin viiden Pirkanmaan kunnan kotikuntoutuksen työntekijää eli kyseessä oli laadullinen (kvalitatiivinen) tutkimus. Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja siinä vastataan kysymyksiin mitä, miksi ja kuinka. Laadullisen tutkimuksen tulokset edistävät asiakasymmärrystä. (Tuulaniemi 2011, 143–144.) Laadullisen lähestymistavan on todettu motivoivan osallistujia, kun taas määrällisen tutkimuksen tuloksia on helpompi käyttää motivoimaan päättäjiä (Almqvist 2019, 74). Tässä opinnäytetyössä haastatteluilla pyrittiin saamaan tietoa kotikuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön tämänhetkisestä tilanteesta eri Pirkanmaan kunnissa sekä näkemyksiä tulevaisuuden mahdollisuuksista. Haastattelussa henkilöitä osallistettiin myös ottamaan kantaa MATE-mallin ensimmäiseen prototyyppiin.

Haastateltavat kunnat valittiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa pyrkien saamaan mahdollisimman heterogeeninen otos erikokoisten ja eri resurssisten kuntien näkemyksistä. Haastattelulla pyrittiin saamaan laadullisesti syvällisempiä ja laajempia vastauksia kuin mitä määrällisellä kyselyllä olisi saavutettu. Haastateltavien valintaan vaikutti 12.4.2022 pidetty kotikuntoutuksen työryhmän kuukausittainen yhteistilaisuus, missä Pirkanmaan kunnat kävivät läpi sen hetkistä tilannettaan kotikuntoutuksen kehittämisessä ja toimintatapojen juurruttamisessa. Perusteluina haastateltavien kuntien ensisijaiselle valinnalle olivat:

1. Lempäälä (toimintaa on jo pyritty kehittämään Eksote:ssa käytössä olevan mallin mukaisesti)
2. Nokia (toiminnassa on pyritty kohti Eksote:ssa käytössä olevaa mallia, mutta toiminnassa on myös kohdattu haasteita)
3. Tampere (on suurin Pirkanmaan kunnista ja kotikuntoutuksen kehittämistyötä on tehty jo pitkään)
4. Pirkkala (toiminnan kehittämistyössä on keskitytty kotikuntoutuksen moniammatillisuuden kehittämiseen ja palveluiden oikea-aikaisuuteen)

5. Akaa–Urjala-alue (tuo esiin pienempien kuntien näkemyksiä hyväksi havaituista toimintamalleista sekä näkemyksiä kehittämistyön tarpeesta)

Haastattelukutsut lähetettiin kesäkuussa Lempäälän, Nokian, Tampereen, Pirkkalan sekä Akaa–Urjala-alueen kotikuntoutuksille. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikista edellä mainituista kunnista löytyi vapaaehtoinen kotikuntoutuksen työntekijä haastateltavaksi. Haastattelukutsujen lähettämistä varten tarvittavat yhteystiedot saatiin toimeksiantajalta. Haastatteluihin toivottiin osallistujiksi kuntien kotikuntoutuksen esihenkilöitä tai edustajia, jolla on kattavat tiedot kotikuntoutuksen tämänhetkisestä tilanteesta sekä tulevaisuuden suunnitelmista. Haastateltavat edustivat monipuolisesti kotikuntoutuksen parissa työskenteleviä ammattiryhmiä: 1 esihenkilö, 1 toimintaterapeutti, 1 sairaanhoitaja ja 2 fysioterapeuttia.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna, eli haastattelukysymykset oli etukäteen laadittu ja haastattelu eteni haastattelurungon pääkysymysten mukaisesti, minkä lisäksi keskustelun sujuvoittamiseksi oli mahdollista hyödyntää apukysymyksiä (Tuulaniemi 2011, 148). Haastattelukysymykset laadittiin alustavasti jo keväällä 2022, minkä jälkeen niitä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa vielä hiottiin. Kysymyksiä muokattiin myös ohjaavilta opettajilta saadun palautteen mukaisesti. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina videokousten välityksellä ja tallennettiin myöhempää käsittelyä varten. Lähtökohtaisesti jokaiseen haastatteluun varattiin aikaa yksi tunti. Haastatteluissa kehitetävästä mallista käytettiin termiä ”Ideaalimalli”, sillä haastatteluja tehtäessä mallille ei vielä ollut kehitetty käytettävää nimeä.

Haastattelun pääteemoina oli: Miten kotikuntoutus on tällä hetkellä järjestetty kunnassasi/yhteistoiminta-alueella? Miten kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyö on tällä hetkellä toteutettu? Millaisena näet tulevalla hyvinvointialueella ihanteellisen moniammatillisen kotikuntoutusmallin? Miksi moniammatilliseen kotikuntoutukseen kannattaisi tulevalla hyvinvointialueella panostaa? Millaisia ajatuksia ideaalimallin ensimmäinen prototyyppi herättää? Haastattelulomakkeeseen oli lisäksi laadittu apukysymyksiä keskustelun syventämiseksi ja kohdentamiseksi. Apukysymyksiä käytettiin, mikäli aiheet eivät luontevasti keskustellessa nousseet esiin. Osa apukysymyksistä oli laadittu määrällisiksi,

koska niillä pyrittiin selvittämään tämänhetkistä tilannetta kuntien toimintakäytänteistä sekä resursseista. Viimeisen kysymyksen kohdalla haastateltavalle näytettiin MATE-mallin ensimmäinen prototyyppi.

Haastattelukysymykset (ks. liite 3) lähetettiin haastateltaville etukäteen, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun ja tarvittaessa selvittämään muiden työntekijöiden näkemyksiä aiheista. Haastatteluissa ei kerätty vastanneista henkilötietoja. Analysoinnissa ja tuloksissa vastauksia käsiteltiin kunta- ja aihetasoilla, eikä haastateltavia pystytä tuloksista tunnistamaan.

Haastatteluiden analysoinnissa hyödynnettiin samankaltaisuuskaaviota, missä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia, jotka ryhmiteltiin yhteisten teemojen alle. Kaaviossa toisiinsa liittyvät teemat järjesteltiin aiheittain, otsikoitiin ja järjestettiin edelleen suurempiin ryhmiin. Ryhmittelyn avulla esiin nousee olennaisia aiheita, jolloin kaaviosta voi nopeasti nähdä kaikki haastateltaville merkitykselliset aiheet. (Tuulaniemi 2011, 154.) Samankaltaisuuskaavio muokattiin lopulta aihekartaksi, jota hyödynnettiin materiaalina innopajan pienryhmätyöskentelyssä. Haastatteluiden analysointituloksia ja saatuja ratkaisuehdotuksia hyödynnettiin MATE-mallin toisen prototyypin laadinnassa. Keskustelunomaisella haastattelulla tuloksista saatiin esiin ammattilaisten käytännön kokemuksista kumpuavia oivalluksia, jotka usein muuten jäävät palveluiden kehityksessä huomioitta (Romm & Vink 2019, 121).

5.3 Innopaja

Haastatteluissa esiin nousseita aiheita sekä MATE-mallin toinen prototyyppi esiteltiin 8.11.2022 kotikuntoutus työryhmän kuukausittaisessa yhteistilaisuudessa, missä aiheisiin paneuduttiin vielä ketterän kehittämisen Innopaja menetelmällä. Työryhmän yhteistilaisuus on osa PirSoten kotikuntoutushanketta, jonka osana opinnäytetyön toimeksianto on. Tilaisuus toteutettiin Teams videokokouksen välityksellä ja läsnäolijoita oli 25–33 ajankohdasta riippuen. Osallistujamäärä eli hieman tilaisuuden aikana, sillä muutamat osallistujista joutuivat hoitamaan muita työtehtäviään samanaikaisesti. Kaikilla osallistujilla ei myöskään ollut omaa videokokous yhteyttä, vaan he osallistuivat yhteisestä toimistosta saman linjan kautta. Tilaisuuteen oli varattu aikaa kaksi tuntia.

Innopaja on Innokylä-hankkeessa kehitetty toimintamalli, jonka tavoitteena on tukea käytäntöjen yhteiskehittämistä. Innopajatyöskentelyn periaatteiden tulee toteutua jokaisessa pajassa, eli työskentelyllä on oltava yhteinen kohde, paajaan osallistujat ovat kehitettävän asian kannalta keskeisiä toimijoita ja työpajassa kaikkien näkökulmat ovat samanarvoisia. (Peränen 2013, 3–5.) Marraskuussa järjestetyssä Innopajassa työskentelypohjana toimi videokokouksen lisäksi Padlet-alusta, mikä valikoitui työpajapohjaksi sen helpon käytettävyyden ja etäyhteys mahdollisuuden vuoksi. Padlet on interaktiivinen selainpohjainen alusta, johon osallistujat voivat tehdä muokkauksia ja kommentteja, jotka näkyvät reaaliajassa muille osallistujille (Sese 2022). Padlet mahdollisti jokaiselle aktiivisen osallistumisen ja näkemyksensä sai anonyymisti kirjattua näkyviin vaikkei videokokouksen ryhmässä halunnut tai pystynyt olemaan aktiivisesti äänessä.

Yhteistilaisuus avattiin ensin toimeksiantajan tervetuloivotuksella, jonka jälkeen osallistujille taustoitettiin kehitettävän mallin teoriapohjaa sekä haastatte luissa esiin nousseita aiheita, sidosryhmäkarttaa sekä MATE-mallin toista prototyyppiä. Osallistujille jaettiin linkki Padlet pohjalle ja heitä ohjeistettiin Padletin käytöstä sekä innopaja työskentelystä. Osallistujia ohjeistettiin myös pohtimaan nimiehdotusta kehitettävälle mallille ja kirjaamaan ehdotuksensa Padletille. Yhteisen avauksen jälkeen osallistujat jaettiin neljään pienryhmään Teams-sovelluksen automaattijaon avulla. Jokaisessa pienryhmässä oli 6–8 osallistujaa.

Kotikuntoutuksen työryhmälle on kertynyt hankkeen aikana jo runsaasti kokemusta Teamsin välityksellä toteutettavasta pienryhmätyöskentelystä, samoin kuin Padletin käytöstä. Ennen ryhmiin jakautumista osallistujia ohjeistettiin valitsemaan joukostaan ryhmänohjaajat. Ohjaajaksi valittu toimi pienryhmänsä puheenjohtajana ja huolehti tasavertaisen osallistumisen mahdollistamisesta (Peränen 2013, 7). Ryhmiä ohjattiin myös valmistautumaan oman tuotoksen esittämiseen muille pienryhmille ryhmätyöskentelyn päätteeksi.

Padlet-pohjalla ryhmien 1 ja 2 tehtävänanto tehtiin aloitussisällöltään identtiksi. Näissä ryhmissä keskustelun pohjana oli Sidosryhmäkartta sekä MATE-mallin prototyyppi 2. Osallistujia kannustettiin arvioimaan, kommentoimaan ja

ideoimaan muutosehdotuksia, huomioitavia asioita sekä käytännön toteutusehdotuksia molempiin pohjiin. Ryhmien 3 ja 4 tehtävänantojen pohjana käytettiin haastatteluista esiin nousseiden aiheiden aihekarttaa ja heitä pyydettiin pohtimaan ja ideoimaan miten nämä aiheet tulisi MATE-mallissa huomioida.

Ryhmäläiset kirjasivat ajatuksensa, kommenttinsa ja ideansa Padletille, mikä jäi kirjallisena tuotoksena apuvälineeksi MATE-mallin seuraavan version työstöä varten. Liitteessä 4 on työryhmän työskentelyalustana toiminut Padlet-pohja. Alustan yläreunasta löytyivät tehtävänanto sekä apukysymyksiä pienryhmäkeskustelun tueksi. Pienryhmien tuotosalustat oli värikoodattu selkiyttämisen vuoksi. Myös ryhmien keskustelun aihepohjat oli erotettu toisistaan ja sisälsivät kirjalliset ohjeet siitä, minkä ryhmän aiheena toimivat.

Pienryhmätyöskentelyn jälkeen jokainen pienryhmä sai esitellä muille ryhmässä esiin nousseita näkemyksiä sekä ottaa kantaa eri ryhmien ideoihin. Ryhmätuotoksista virinneen keskustelun päätteeksi osallistujien kanssa keskusteltiin vielä mallin tulevasta nimestä.

6 TULOSTEN ANALYSOINTI JA MALLINNUS

MATE-mallin ensimmäinen prototyyppi (liite 5) on kehitetty puhtaasti opinnäytetyössä kerättyyn teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen. Mallissa on hyödynnetty Pirkanmaan kotikuntoutusmallia pohjana, jotta mallit tukisivat toistensa toimintaa käytännössä. MATE-mallin ensimmäisessä prototyypissä on keskitytty hakemaan ihanteellista toimintamallia, eikä siinä ole huomioitu mm. Pirkanmaan eri kunnissa vallitsevia resurssieroja. Mallin kehittämisellä on myös haettu päämäärää, jota kohti pyrkiessään kuntien toimintamallit hiljalleen yhtenäistyisivät.

Liitteessä 5. on nähtävillä kehitettävän mallin ensimmäinen prototyyppi. Mallissa on keskitytty moniammatillisen yhteistyön korostamiseen ja sen hyötyihin. Mallissa lähtötilanne on kuvattu siniselle palkille. Lähtötilanteessa pyyntö asiakkaan kotikuntoutusarviosta on tehty. Pyyntön ottaa käsittelyyn moniammatillinen tiimi, joka tekee toimintakyvyn arvion ja laatii kuntoutussuunnitelman kotikuntoutusjaksolle. Kotikuntoutuksen harjoitusjaksolla kuntoutuja harjoittelee fysioterapeutin (ft) tai toimintaterapeutin (tt) ym. tarvittavien ammattilaisten

ohjeiden mukaisesti. Harjoittelujakson aikana kuntoutujan harjoittelua tuetaan moniammatillisen tiimin toimesta. Jakson lopulla moniammatillinen tiimi tekee loppuarvion kuntoutujan tilanteesta. Arvion perusteella kuntoutuja ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon.

Prototyypin turkoosissa palkissa on keskitytty kuvaamaan, miten moniammatillinen tiimi pystyy hyödyntämään laaja-alaista osaamistaan kuntoutujan edessä jaksollaan. Toimintakyvyn arviota ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa moniammatillinen tiimi kykenee huomioimaan kuntoutujan toimintakyvyn kaikki neljä ulottuvuutta. Harjoitusjakson aikana tiimi pystyy hyödyntämään toistensa vahvuuksia ja laajaa osaamista haastavissa tilanteissa. Myös loppuarviota laadittaessa huomioitaisiin kaikki toimintakyvyn ulottuvuudet, jolloin jatkohoidon tarve pystytään tarkemmin kohdentamaan ja oikea-aikaistamaan.

Vihreässä palkissa on havainnollistettu, keitä moniammatilliseen tiimiin kuuluisi ja millaista yhteistyöverkostoa he tarvitsevat. Kotikuntoutuksen ydintiimi sisältäisi fysioterapeutin, sairaanhoitajan, toimintaterapeutin sekä kuntouttavia lähihoitajia. Kotikuntoutuksen tiimi tekee tiivistä yhteistyötä kuntoutujan mahdollisen kotihoidon kanssa sekä konsultoi tarvittaessa muiden ammattiryhmien edustajia esim. puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja muistihoitaja. Mallissa korostetaan myös tiiviin yhteistyön tärkeyttä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa. Jatkohoitoa suunniteltaessa tulisi huomioida ja hyödyntää myös kolmannen sektorin palvelut.

Viimeisessä tummanvihreässä palkissa on esitetty käytännön toimia yhteistyön toteuttamiseksi. Ensimmäisenä ehdotuksena on tiimipalavereiden toteutus kaksi kertaa viikossa. Palavereissa käsitellään uudet tulijat sekä käynnissä olevia jaksolaisia. Työnjaoksi ehdotettiin, että jakson alussa terapeutit tekevät alkututkimukset ja laativat harjoitusohjelmat. Jakson aikana harjoitusten toteuttamisesta arjessa vastaavat kuntouttavat lähihoitajat tai mahdollinen kotihoito. Terapeutit päivittävät harjoitusohjelmia tarvittaessa ja tekevät kartoituskäyntejä sekä loppututkimukset. Jatkohoidon tarpeen arviointi perustuu koko tiimin yhteiseen näkemykseen asiakaslähtöisyys huomioiden.

Prototyyppi 1 esiteltiin haastatteluihin osallistuneille syyskuussa 2022 ja heidän palautteensa pohjalta kehitettiin seuraava mallinnus: prototyyppi 2.

6.1 Haastatteluiden analysointi ja mallinnus

Haastatteluista kertyi tallennettua materiaalia yhteensä 5 tuntia 30 minuuttia. Jokaiseen haastatteluun oli lähtökohtaisesti varattu aikaa tunti, mutta käytännön toteutuksessa oli yksilöllisiä eroja haastateltavien näkemyksistä ja kerronnasta riippuen. Haastattelut kestivät lyhyimmillään 44 minuuttia ja pisimmillään 1 tunti ja 40 minuuttia. Tulosten analysointia varten haastattelut litterointiin.

Haastatteluiden analysoinnissa hyödynnettiin samankaltaisuuskaaviota, minkä avulla aiheet jaoteltiin pääryhmien alle. Samankaltaisuuskaaviosta muodostui aihekartta (liite 6), jonka keskiössä on moniammatillinen toimintakyvyn edistäminen kotikuntoutuksessa. Pääaiheita nousi esiin kahdeksan, joiden alle luokitui 2–5 ala-aihetta.

Yhtenä pääaiheena nousi esiin, mitä **moniammatillisuuden toteuttaminen vaatii**. Vaatimuksena oli yhteinen näkemys, vuorovaikutteisuus, asiakaslähtöisyys sekä toimiva yhteistyö verkostojen kanssa. Toiseksi aiheeksi nostettiin, mitä **toimintakyvyn edistäminen edellyttää**. Edellytyksinä nähtiin voimavarojen lähtöisyys, moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksien hyödyntäminen sekä digitaalisuuden hyödyntäminen.

”Sellasta niinku kaipais, että tota kaikki asiakkaan kanssa työskentelevät tavoittelis niitä samoja tavoitteita ja, ja et jotain sellasta me kaivattais kyllä et olis joku säännöllinen kokoontuminen missä voitais käydä aina se asiakkaan tilanne läpi ja tehdä sit se suunnitelma taas seuraavalle viikolle mitä lähdetään tavoittelemaan.”

”Kaikki ammattiryhmät tuo sen oman tietämyksensä ja asiantuntijuutensa siihen, siihen niinku ryhmään tiedoksi, siinä niinku kaikki ammattiryhmät oppii ja toisaalta myös sit tavallaan tulee sellasia ahaa elämyksiä et ainii tosiaan siel on tämmönenki juttu.”

Tiivis yhteistyö kotihoidon kanssa koettiin tärkeäksi. Yhteistyö edellyttää sujuvaa kommunikointia, kotikuntoutuksen tuttuus madaltaa kynnystä yhteydenpidolle, hoitajat ovat tärkeä tiedonlähde asiakkaan arjesta ja yhteiskäynnit

kotihoidon kanssa ovat merkityksellisiä. Lisäksi koettiin, että kotihoidon toteuttamaan kuntoutukseen olisi varattava riittävästi aikaa.

”Olemme myös osa kotihoitoa eli yhtä lailla sitten kotihoidon työntekijät käy niillä asiakkailla ja tekee niitä samoja tehtäviä koska eihän me ny kaksin pysyttyä aina oleen töissä.”

”Esimerkiksi olkapään liikeharjoituksia pitäis tehdä joka päivä, et ei se auta jos mä käyn siellä kerta viikkoon.”

Kuntouttava hoitotyö nousi haastatteluissa tärkeäksi keskustelun aiheeksi. Koettiin, että kuntouttavan hoitotyön tulisi olla toiminnan lähtökohtana. Nähtiin myös, että kuntouttavan hoitotyön näkökulma lähtee johtamisesta ja että koulutukseen ja perehdytykseen olisi asian suhteen panostettava.

”Kyllähän se kuntouttava hoitotyö lähtee sieltä johtamisesta ja miten siitä asioita arvotetaan, miten ne niinku, miten niistä puhutaan ja miten niitä niinku vaaditaan.”

Haastateltavia puhututti myös **työnjako terapeuttien ja kuntouttavien lähihoitajien välillä**. Aiheessa käsiteltiin työnjakoa kotikuntoutuksessa toimivien terapeuttien ja kuntouttavien lähihoitajien välillä, ei kotikuntoutuksen ja kotihoidon välillä. Työnjaon kehittämiseen menetelmiksi tulevaisuudessa ehdotettiin terapeuttien erikoistumista ja erityisosaamisen hyödyntämistä sekä kuntouttavien lähihoitajien potentiaalinen hyödyntämistä toimintakyvyn neljä ulottuvuutta huomioiden.

”Kyl mä näkisin, et fysioterapeutin osaamisalueisiin kannattais panostaa. Et esim. psykofyysinen fysioterapia olis yks ku ohan kotihoitoonki lisätty päihde ja mielenterveyshoitajia nii se näkökulma tulis huomioida meillä kotikuntoutus sessaki.”

”Kuntouttavilla lähihoitajillaha olis ihan valtavasti potentiaalia muuhunki ku olla vaan terapeutin työparina ku miettii niitä toimintakyvyn neljää ulottuvuutta.”

Myös **kirjaaminen** herätti keskustelua. Tulevaisuuden toiveiksi nousi, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmat näkyvät kaikille asiakasta hoitaville tahoille. Samoin kirjaukset käynneistä ja toteutuksesta olisivat näkyvillä kaikille asiakasta hoitaville tahoille.

”Fysioterapeutti ei saa ny ollenkaan sitä tietoa et onko se kotihoidon toteut-
tama kuntoutuskäynti toteutunu tai mitä sielä on tehty.”

”Sosiaalityöntekijä kirjaa ne käyntinsä eri järjestelmään nii onhan se niinku
kommunikointihaaste työntekijöiden välillä.”

Ennaltaehkäisy ja kuntoutuksen **oikea-aikaisuus** nostettiin myös tärkeäksi aiheeksi. Kotikuntoutuksen tulisi olla matalan kynnyksen palvelu, johon otettaisiin herkästi yhteyttä. Kotikuntoutukselle tarvittaisiin selkeät kriteerit ja tietoa kriteereistä on levitettävä myös yhteistyötahoille. Varhainen puuttuminen ja nopea reagointi toimintakyvyn muutoksiin nähtiin mahdollisuuksina.

”Odotetaan tätä hyvinvointialueelle siirtymistä ja toivotaan just et tulis tällänen selkeä malli, selkeät raamit, myöski sellaset selkeät kriteerit, selkeät käytännöt et kuinka tämä toimii.”

”Sehän se tavallaan optimaalisin oliski et pystyttäis sieltä tavallaan kotihoidon ulkopuoleltaki saamaan niitä semmosia asiakkaita joiden kotihoidon tarvetta pystyttäis siirtämään sillä et saatais sitä toimintakykyä ylöspäin sillä kotikuntoutusjaksolla, et tavallaan se varhaisen puuttumisen näkökulma.”

Kahdeksas esiin noussut pääaihe sisälsi pohdintaa siitä, **miksi kotikuntoutukseen pitäisi panostaa**. Haastateltavat kokivat, että palveluntarve vähennee, kun toimintakyky paranee, kotikuntoutus on asiakaslähtöistä kotona asumisen tukea ja se hillitsee jonoja tehostettuun palveluasumiseen. Moniammatillisen yhteistyön nähtiin tukevan kotihoitoa ja mahdollistavan nopean reagoinnin asiakkaan äkilliseen toimintakyvyn muutokseen. Kuntoutusjakso todettiin myös kustannustehokkaammaksi kuin jatkuva kotihoito.

”Kun puhutaan kotihoidon kriisistä niin jos kotikuntoutusta ei olis, niin se tilan-
nehan olis paljon pahempi.”

”Kyllä meillä on sellasia asiakkaita jotka olis tehostetun palveluasumisen piirissä tällähetkellä ilman kotikuntoutusta, uskalletaan näin sanoa. Ja on ollu jopa asiakkaita joille on jo haettu tehostetun palveluasumisen paikkaa, mutta sitten asiakas on pystynyt kuntoutumaan niin paljon et onki sitä pärjänny joko omaisten tai kotihoidon turvin ja sitte tää hakemus on peruttu.”

”Etenki heidän kohdalla joilla on kognitio alentunu yhtään, niin on huomattu et kuinka tehokasta se on harjotella niitä päivittäisiä toimintoja tai liikkumista siellä kotiympäristössä verrattuna siihen et kyseinen asiakas kävis vaikka fysio- tai toimintaterapeutin vastaanotolla ja sais mukaan harjoitteet joita täytyis itsenäisesti tehdä. Jokka sitte ehkä saattavat jäädä tekemättä kun asiakkaan on hankala hahmottaa kotona että missä ne täällä pitäis tehdä ja mitä tässä pitäis tehdä, verrattuna siihen että me ollaan siel kotona ja harjoitellaan niissä tiloissa missä asiakas niitä päivittäin tekee ja niillä välineillä mitä kotoa löytyy.”

”Vaikka se kotikuntoutuksen kehittäminen ja muu voi hetkellisesti lisätä niitä kustannuksia, se kuitenkin pitkällä tähtäimellä se on paljon kustannustehokkaampaa kuin lääkärissä ramppaaminen ja hoitajien niinku jatkuvat käynnit.”

Haastateltaville esiteltiin haastattelun lopuksi kehitettävän mallin prototyyppi 1 ja keskustelua heräsi mm. siitä mitä ammattiryhmiä kotikuntoutukseen, moniammatilliseen tiimiin tai ylipäätään yhteistyöverkoston tulisi kuulua. Kommenttien perusteella kehitettiin sidosryhmäkartta (liite 7), mihin on kuvattu moniammatillisesta näkökulmasta eri yhteistyötahojen roolia.

Sidosryhmäkartan (liite 7) keskiössä on kotikuntoutus, johon kuuluu fysioterapeutti, toimintaterapeutti, vielä virassa olevat kuntohoitajat sekä kuntouttavia lähihoitajia. Moniammatilliseen tiimiin kuuluisi kotikuntoutuksen työntekijöiden lisäksi asiakasohjaaja/palvelunohjaaja, lääkäri/geriatri, kotihoidon sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, kotihoidon lähihoitajat sekä tietenkin asiakas itse, hänen omaisensa ja mahdollinen henkilökohtainen avustaja. Tarvittaessa konsultoitavia ammattilaisia ja yhteistyökumppaneita olisivat mm. puheterapeutti, muistihoitaja, sosiaalialan eri ammattilaiset, ravitsemusterapeutti, psykologi sekä päihde- ja mielenterveyshoitaja. Tarvittaessa konsultoitavat ammattilaiset ovat aina asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeen vaatimia.

Muut sidosryhmäkartan verkostot nousevat esiin esimerkiksi tiedonsaannin lähteinä, lähettävinä tahoina sekä yhteistyökumppaneina tulevaisuuteen tähtäävää kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kotikuntoutusjakson lopulla. Tällaisia verkostoja ovat kuntouttavan päivätoiminnan ohjaajat, sote-keskuksen ammattilaiset, arviointi- ja kuntoutusyksiköt, sairaalapalvelut, kolmas sektori sekä asumispalveluyksiköt.

Haastatteluista saadun palautteen perusteella MATE-mallin ensimmäisestä prototyypistä kehitettiin toinen versio, joka on nähtävillä liitteessä 8. Prototyypin kehityksessä huomioita kiinnitettiin erityisesti visuaalisen ilmeen yksinkertaistamiseen ja moniammatillisen yhteistyön korostamiseen. Lisäksi pyrittiin selkiyttämään kuntoutussuunnitelman laatimisen vaiheita.

Prototyyppi 2 (liite 8) mallintaa asiakkaan kulkua kotikuntoutusprosessin läpi. Prosessi alkaa sinisestä sarakkeesta, jossa uusi asiakas on siirtymässä kotikuntoutuksen piiriin. Mallissa on määritelty mitä kautta uudet asiakkaat pääosin kotikuntoutukseen tulevat: kotihoidosta, asiakasohjaajien kautta, arviointi- ja kuntoutusyksiköistä sekä sairaalapalveluista kotiutuvina. Yhteydenottoja kotikuntoutukseen voi tulla myös sote-keskusten ammattilaisilta, päivätoiminnan ohjaajilta, omaisilta tai asiakkaalta itseltään.

Turkoosissa sarakkeessa on käyty läpi moniammatillisen tiimin tehtäviä jakson alkuvaiheessa. Moniammatillinen tiimi tekee yhteistyössä asiakkaan toimintakyvyn arvion ja laatii alustavan kuntoutussuunnitelman. Mallissa pyritään korostamaan moniammatillisuuden merkitystä ja osaamisen laaja-alaisuutta toimintakykyä kartoitettaessa. Kaikki neljä asiakkaan toimintakyvyn ulottuvuutta tulee huomioida, voimavaralähtöisyys pidetään keskiössä. Asiakkaan tarpeen vaatiessa moniammatillista tiimiä laajennetaan konsultoiden muita ammattiryhmiä. Moniammatillisen tiimin yhteistyö ei rajoitu vain sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin, asiakas ja hänen läheisensä ovat oleellisessa asemassa. Alkuarvion ja kuntoutussuunnitelman laatimiseksi tiimin jäsenet tekevät asiakkaalle alkututkimukset, kukin oman alansa näkökulmasta ja asiakkaan tarpeesta.

Vihreässä sarakkeessa käydään läpi, miten kotikuntoutusjakson aikana asiakkaan kuntoutumista tuetaan moniammatillisen tiimin toimesta. Kotikäynnit toteutetaan asiakkaan tarpeen mukaisesti jaettuna eri ammattiryhmien välillä. Esimerkiksi fysio- tai toimintaterapeutin ei ole välttämätöntä käydä kaikkien asiakkaiden luona kolmen kertaa viikossa, vaan osan käynneistä voi toteuttaa kuntouttava lähihoitaja. Kuntoutuminen pyritään juurruttamaan osaksi asiakkaan arkea alusta asti. Edellytyksenä on tiivis yhteistyö asiakkaan, kotihoidon, omaishoitajien ym. kanssa. Jotta toiminta olisi progressiivisesti etenevää, moniammatillinen tiimi kokoontuu kerran viikossa, jolloin asiakkaiden tavoitteita ja kuntoutussuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaisesti.

Prosessin viimeisessä vaiheessa moniammatillinen tiimi tekee loppuarvion ja laatii jatkoon tähtäävän kuntoutussuunnitelman. Huomiota on pyritty kiinnittämään siihen, että kotikuntoutusjaksolla on selkeä lopetus, jolloin laaditaan myös jatkosuunnitelmat. Loppuarvioissa huomioidaan kaikki toimintakyvyn ulottuvuudet, jolloin jatkohoidon tarpeen arviota pystytään tarkemmin kohdentamaan ja oikea-aikaistamaan. Jatkohoitoa suunniteltaessa hyödynnetään myös kolmannen sektorin palvelut. Moniammatillisesti laadittujen loppuarvioiden perusteella asiakkaalle kootaan tulevaisuuteen tähtäävä kuntoutussuunnitelma. Tavoitteena on, että jakson aikana opitut asiat jäävät osaksi asiakkaan arkea ja että asiakkailla on selkeä kuva mitä tapahtuu kotikuntoutusjakson jälkeen.

6.2 Innopajan analysointi ja mallinnus

Innopajasta saatujen kommenttien perusteella sidosryhmäkartaan (liite 9) tehtiin pieniä lisäyksiä. Asiakkaan tarpeen vaatiessa konsultoitaviin ammattilaisiin ja yhteistyökumppaneihin lisättiin vanhus- ja vammaispalveluiden asiakasohjaajat, apuvälinekeskus ja apuvälineyksiköt sekä kotiutustiimi. Lisäksi päihde- ja mielenterveyshoitajan vaihtoehdoksi lisättiin psykiatrinen sairaanhoitaja. Moniammatilliseen tiimiin osallistujista asiakkaan asemaa haluttiin korostaa, samoin kuin hänen omaisiensa, läheisten ja mahdollisten henkilökohtaisten avustajien. Kommenteissa myös korostettiin, miten tärkeää ammattilaisten on tietää ja tuntea yhteistyöverkostonsa sekä eri ammattiryhmät, jotta yhteistyö olisi sujuvaa ja kynnys yhteydenottoon olisi matala.

Innopajasta saatujen kommenttien perusteella jatkettiin myös MATE-mallin kehittämistyötä. Kolmannessa prototyypissä (liite 10) on pyritty syventämään kotikuntousprosessin vaiheita, selkiyttämään moniammatillisen tiimin työnjakoa sekä kuvaamaan miten moniammatillinen yhteistyö kotikuntoutuksessa käytännössä toteutuisi.

Prototyyppi 3 lähtee liikkeelle sinisestä palkista missä uusi asiakas siirtyy kotikuntoutuksen piiriin. Palkissa on käyty läpi mitä kautta kotikuntoutukselle uusia asiakkaita mm. tulee: kotihoidosta, asiakasohjaajien kautta, arviointi- ja kuntoutusyksiköistä sekä sairaalapalveluista kotiutuvina. Näiden lisäksi yhteydenottoja kotikuntoutukseen voi tulla myös sote-keskusten ammattilaisilta, päivätoiminnan ohjaajilta, omaisilta sekä asiakkaalta itseltään. Lisäyksenä prototyyppi 2:seen verrattuna, tähän palkkiin on yhteydenottoväylien lisäksi lisätty myös tavoite olla matalan kynnyksen palvelu ja sen perustelut. Matalan kynnyksen palvelu mahdollistaa oikea-aikaisen hoidon, edistää kuntoutumisen pitkäaikaisvaikutuksia sekä parantaa asiakkaan kanssa työskentelevien vuorovaikutusta ja yhteistyötä. Perustelut nousivat kokemuksellisesta palautteesta Innopajasta.

Turkoosissa palkissa moniammatillinen tiimi tekee uudelle asiakkaalle toimintakyvyn arvion ja laatii alustavan kuntoutussuunnitelman. Palkissa korostetaan moniammatillisen tiimin laaja-alaisen osaamisen hyödyntämistä, jotta asiakkaan kaikki neljä toimintakyvyn ulottuvuutta tulevat huomioiduiksi. Asiakkaan tarpeen mukaisesti, moniammatillista tiimiä laajennetaan yhteistyön ja konsultoinnin keinoin muihin ammattiryhmiin. Innopajasta saadun palautteen perusteella palkkiin nostettiin huomioksi myös ammattilaisten välisen vuoropuhelun tärkeä asema. Tiivis yhteistyö ei kuitenkaan rajoitu ammattilaisiin, vaan asiakas ja hänen mahdolliset omaisensa ovat osa tiimiä ja alkututkimusten jälkeen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä. Innopajasta saaduissa kommentteissa korostettiin asiakkaan äänen kuulumista suunnitelmia ja tavoitteita laadittaessa, millä on suuri vaikutus asiakkaan motivaation löytymiseksi. Voimavaralähtöisyys on toiminnan keskiössä.

Vihreässä palkissa kotikuntoutusjakso on käynnissä ja asiakkaan kuntoutumista tuetaan moniammatillisen tiimin toimesta. Kotikäynnit jaetaan eri am-

mattiryhmien välillä asiakkaan tarpeen mukaisesti. Innopajassa korostettiin yhteiskäyntien merkityksellisyyttä esim. kotikuntoutuksen terapeuttien ja kotihoiton henkilöstön yhteistyössä. Tämä korostuu, kun kuntoutumista pyritään juurruttamaan osaksi asiakkaan arkea alusta alkaen. Edellytyksenä on tiivis yhteistyö asiakkaan, kotihoidon, omaishoitajien ym. kanssa. Jakson aikana moniammatillinen tiimi kokoontuu tiimipalavereissa, missä tavoitteita ja kuntoutussuunnitelmia päivitetään asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tiimipalavereiden ennalta määritelty tapaamistiheys jätettiin pois mallista, sillä eri kuntien alueella asiakasmäärät vaihtelevat vaikuttaen tiimipalavereiden tarpeeseen. Innopajan palautteen pohjalta palkkiin nostettiin myös yhteiset selkeät kirjaimiskäytänteet kuntoutuksesta sekä suunnitelmien ja toteutuksen näkyminen kaikille asiakkaan kanssa työskenteleville.

Viimeisessä palkissa oikealla kotikuntoutusjakso on loppuillaan ja moniammatillinen tiimi tekee loppuarvion sekä laatii jatkoon tähtäävän kuntoutussuunnitelman. Kuten jakson alussa laadituissa alkuarvioissa, myös loppuarvioissa näkyvät asiakkaan kaikki toimintakyvyn neljä ulottuvuutta. Tavoitteena on, että jakson aikana opitut asiat jäävät osaksi asiakkaan arkea. Moniammatillinen loppuarvio parantaa jatkohoidon tarpeen tarkempaa kohdentamista ja oikea-aikaisuutta. Loppuarvioiden pohjalta laadittu kuntoutussuunnitelma perustuu koko moniammatillisen tiimin yhteiseen näkemykseen asiakaslähtöisyys huomioiden. Mahdollista jatkohoitoa suunniteltaessa hyödynnetään myös kolmannen sektorin palvelut. Innopajassa käydyissä keskusteluissa korostettiin, että asiakas ei voi jäädä ilman jatkosuunnitelmaa, sillä kuntoutuminen ei pääty kotikuntoutusjakson päättymiseen.

Innopajassa otettiin myös kantaa haastatteluiden perusteella luotuun aihekarttaan. Kommentoinnin pohjalta aihekarttaan tehtiin lisäyksiä ja tarkennuksia. Liitteessä 11 nähdään pääaiheena MATE-malli kotikuntoutuksessa, mikä jakaantuu kahdeksaan ala-aiheeseen. Ala-aiheet on avattu ja osaan on kirjattu myös tarkennuksia, joita Innopajassa nostettiin esiin.

Verrattuna edeltäneeseen aihekarttaan, liitteen 11 kartassa syvennettiin näkemystä asiakaslähtöisyydestä, missä asiakkaan äänen kuulumista suunnitelmissa ja tavoitteissa sekä asiakkaan motivaation tukemista korostettiin. Moniammatillinen yhteistyö vaatii yhteistä näkemystä, minkä edistäjäksi yhteiset

palaverit koettiin parhaimmaksi vaihtoehdoksi. Vuorovaikutteisuuden edistäminen keinoksi nähtiin avoimen keskustelun lisääminen.

Jotta yhteistyö verkostojen kanssa saataisiin toimivaksi, edellytetään verkostojen ja eri ammattiryhmien tuntemista. Yhteistyön lisäämisen keinoksi kotihoidon kanssa ehdotettiin kotikuntoutuksen jalkautumista kotihoidon tiimipalaveriin. Koska hoitajat koetaan tärkeiksi tietolähteiksi asiakkaan arjesta, toiveena oli lähihoitajien roolin kasvattaminen tiimipalavereissa. Kuntouttava hoitotyö koettiin toimintamalliksi, jonka tulisi olla lähtökohtana toiminnalle ja siksi sen toteutumiselle halutaan myös moniammatillinen tuki. Kuntouttavalle hoitotyölle toivottiin myös johdon tuki, mikä ilmenisi kuntouttavan hoitotyön arvottamisena. Innopajan keskusteluissa todettiin, että kuntouttavalle hoitotyölle on pyrittävä luomaan mahdollisuuksia käytössä olevilla resursseilla.

Kirjaamiskäytänteet herättivät runsaasti keskustelua Innopajassa. Jotta moniammatillinen yhteistyö toteutuisi, osallistujat kokivat, että hoito- ja kuntoutussuunnitelman olisi näyttävä kaikille asiakasta hoitaville tahoille. Jatkokehitykseksi esitettiin, että kuntoutus tulisi näkyväksi osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja asiakkaan tarpeet ja tavoitteet olisivat selkeästi näkyvillä kaikille asiakasta hoitaville tahoille. Kuntoutustermistön selkiyttäminen ja yhtenäistäminen nostettiin myös esille sujuvamman yhteistyön saavuttamiseksi.

Innopajassa heräsi myös keskustelua siitä, miksi kotikuntoutukseen tulisi panostaa ja mitkä ovat ne asiakasryhmät, jotka kaikista eniten moniammatillisesta kotikuntoutuksesta hyötyvät. Kotikuntoutusjakso todettiin keskusteluissa kustannustehokkaammaksi kuin jatkuva kotihoito. Samalla osallistujat totesivat potentiaalisimpien asiakkaiden kuntoutumisen ja toimintakyvyn palautumisen osalta löytyvän siitä asiakasryhmästä, joka ei vielä kuulu kotihoidon piiriin.

Innopajan päätteeksi keskusteltiin myös tulevan mallin nimestä. Osallistujat saivat esittää ja perustella nimiehdotuksia sekä äänestää kannattamaansa ehdotusta. Nimiehdotuksia tuli kuusi, joista eniten kannatusta sai MAAM-malli (monialaisen asiakaskeskeisen arki- ja kotikuntoutuksen malli). Innopajan analysoinnin ja mallin viimeisen version kehityksen myötä nimeä päädyttiin muokkaamaan vielä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Lopullinen nimi MATE-malli (moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen

malli) Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksessa pyrkii korostamaan moniammatillisen yhteistyön merkitystä asiakkaan toimintakyvyn edistämässä huomioiden asiakkaan oma ääni.

6.3 Arvolupaus

MATE-mallin kehityksessä on hyödynnetty palvelumuotoilua. Jotta malli valmistuttuaan saataisiin juurrutettua osaksi Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksen arkea, on mallille luotu arvolupaus (liite 12). Arvolupaus on organisaation asiakkaalle, tässä tapauksessa kotikuntoutuksen työntekijöille, määrittelemä kuvaus siitä, mitä hyötyä MATE-mallista heille on verrattuna aikaisempaan toimintamalliin (Holmberg & Katajamäki 2021). Arvolupauksen luomisessa on hyödynnetty haastatteluista ja Innopajasta kerättyjä materiaaleja. Visuaalinen kuvaus mukailee Value Proposition Canvas-pohjaa (Holmberg & Katajamäki 2021).

Arvolupauksen (liite 12) tulkinta lähtee oikealta kotikuntoutuksen työntekijän tehtävästä. Kotikuntoutuksen työntekijän tehtävänä on omassa työssään hyödyntää moniammatillista yhteistyötä sisältäen eri ammattiryhmien potentiaalın systemaattisen hyödyntämisen asiakkaan tarpeita vastaavasti. Kotikuntoutuksen työntekijän hyötynä moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiselle on oman työn laadun paraneminen, osaamisen laajeneminen ja verkostojen kasvaminen. Hänellä on myös esihenkilön ja työyhteisön tuki toiminnalle. Kotikuntoutuksen työntekijän haittoina moniammatillisen yhteistyön hyödyntämiselle ovat ammattilaisten puutteelliset resurssit, yhteistyöverkostojen vaillinaisuus, heikko ammatillinen tunnettavuus sekä korkea kynnys yhteydenottoon.

Arvolupauksella kotikuntoutuksen työntekijöille pyritään kuvaamaan, miten MATE-mallin käyttöönotto heitä hyödyttää ja mitä haittoja se poistaa. Yhtenäinen toimintamalli moniammatilliseen yhteistyöhön muodostaa työntekijöille laajan yhteistyöverkoston ja mahdollistaa kotikuntoutuksen asiakkaiden saaman ammattitaitoisen ja oikea-aikaisen palvelun. Yhteiset pelisäännöt takaavat esihenkilön ja työyhteisön tuen toiminnalle. Toimintamalli selkeyttää yhteistyöverkostoja ja tunnettavuuden paraneminen madaltaa kynnystä yhteydenottoihin. Koko Pirkanmaan kotikuntoutuksen kattava yhtenäinen toimintamalli myös selkiyttää eri ammattiryhmien rekryointitarvetta.

6.4 MATE-toimintamalli

Prototyyppi 3:n jalostuksessa lopulliseksi MATE-toimintamalliksi (liite 13) keskityttiin mallin visuaalisuuteen. Mallin visualisointi selkiyttää ja tuo näkyväksi sekä helpommin hahmotettavaan muotoon muutoin näkymättömiä toimintamalleja (Ahonen 2017, 37). MATE-toimintamallin visualisoinnissa huomioitiin myös yhtenäinen teema arvolupauksen kuvauksen kanssa, jotta kuvauksia pystytään jatkossa hyödyntämään yhdessä.

Toimintamalliprosessin etenemistä selkeytettiin kulkusuuntaa kuvaavalla nuolella. Lisäksi nuolen yläpuolelle erotettiin kotikuntoutusprosessin edistymisen eri vaihteet. Nuolen alapuolella on kuvattu moniammatillisen asiakaslähtöisen toimintakyvyn edistämisen keinot kotikuntoutusprosessin eri vaiheissa. Selkeä ja dokumentoitu toimintamalli lisää ymmärrystä palvelusta ja yhtenäistää toimintaa lisäten toistettavuutta ja tehokkuutta (Hiltunen 2017, 7).

7 POHDINTA

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia siihen, millainen moniammatillisen toimintakyvyn edistämisen ideaalimallin tulisi olla Pirkanmaan kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksen mukaan, miten moniammatillista yhteistyötä tulisi kotikuntoutuksen työntekijöiden näkökulmasta kehittää sekä millä keinoin kotikuntoutuksen työntekijät edistäisivät kuntouttavan hoitotyön toteutumista Pirkanmaalla. Osallistamalla työntekijät haastatteluiden ja innopajan avulla mukaan kehittämistyöhön, vastauksia saatiin laajalti Pirkanmaan alueelta eri kunnista sekä eri ammattilaisten näkökulmista. Selkeimmin vastaus kaikkiin kolmeen kysymykseen on nähtävillä aihekartasta (liite 11), mihin on tiivistetty haastatteluissa ja innopajassa käydyt keskustelut sekä kommentit.

MATE-toimintamallilla pyritään vastaamaan kotikuntoutuksen työntekijöiden esiin nostamiin tarpeisiin ja kehittämiskohteisiin antamalla keinoja moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi siten, että kuntoutusprosessi ja tarvittavia yhteistyökumppaneita hyödynnetään asiakkaan tarvetta vastaavasti, ei jyrkästi yksittäisiä palvelulinjoja seuraten. MATE-toimintamallille kehitettiin myös arvolupaus, jolla pyritään visualisoimaan kotikuntoutuksen työntekijöiden hyödyt

toimintamallin käyttöönotosta verrattuna aikaisempaan toimintamalliin (Holmberg & Katajamäki 2021).

MATE-toimintamallissa toteutuvat moniammatillinen yhteistyö, asiakaslähtöisyys sekä tiivis yhteistyö kotikuntoutuksen ja kotihoidon välillä. Toimintamallissa korostetaan kuntouttavan hoitotyön sekä ennaltaehkäisevän ja oikea-aikaisen kuntoutuksen merkitystä. Toimintamallia hyödyntämällä Pirkanmaan eri kuntien alueilla toimivien kotikuntoutusyksiköiden on mahdollista yhtenäistää toimintaansa, jotta Pirkanmaan hyvinvointialueen kotikuntoutuksessa tulevaisuudessa toteutuisi alueellinen yhdenvertaisuus.

Opinnäytetyön toteuttamisen aikana olen päässyt tutustumaan kotikuntoutuksen toimintaan laaja-alaisesti sekä syventymään moniammatillisen yhteistyön ja toimintakyvyn edistämiseen useammasta näkökulmasta. Työ toteutettiin keskellä suurta muutosta hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa, mikä osaltaan toi lisähaastetta toimintamallin kehittämiseen ammattinimikkeiden ja henkilöstön uudelleen sijoittumisen muuttuessa. Uskon näiden suurten muutosten olevan alkuvaiheen haasteena myös toimintamallin juurruttamisessa osaksi käytännöntyötä, sillä hallinnollisten muutosten vaikutuksiin työyhteisöissä vasta totutellaan ja kuormittuminen muutoksessa on suurta.

Kotikuntoutukseen perehtyessäni sekä työn käytännön toteutuksessa törmäsin toistuvasti termistön sekavuuteen. Kotikuntoutuksen ja arkikuntoutuksen termejä käytetään sekaisin ja määritelmät vaihtelevat maittain, alueittain ja jopa saman organisaation sisällä (Metzelthin ym. 2022, 703). Pirkanmaalla kotikuntoutuksen toimintamallit ja termit ovat vaihdelleet, kotikuntoutus on saattanut olla oma yksikkönsä tai osa kotihoitoa, kotihoidon hoitajat ovat toteuttaneet kuntoutusjaksoja tai kuntouttava hoitotyö on nähty arkikuntoutuksena. Jotta toimintaa pystytään yhtenäistämään ja selkeyttämään, on tärkeää että puhumme asioista yhtenäisillä termeillä (Forss 2016, 34–36).

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kuntoutusprosessien tehostamisen sekä tuo uusia näkökulmia ja ratkaisuideoita (Tuominen & Tuuri 2020, 239; Mönkkönen ym. 2019, 46–47). Selkeä ja tasavertainen roolitus tukevat yhteistyötä ja ammatillista identiteettiä, minkä toteutumiseen organisaatiolla ja esihenkilötyöllä on merkittävä vaikutus (Kekoni 2019, 15). MATE-toimintamallia

juurrutettaessa osaksi kotikuntoutuksen arjen työtä, kannustaisin organisaatiota ja esihenkilöitä kiinnittämään tähän huomioita, sillä haastatteluista ja innopajasta kävi ilmi, että monille kotikuntoutuksen työntekijöille oli jäänyt kokemus, ettei tukea kehitysprojektien käytännön toteutukseen saada riittävästi tai toivotut muutokset ovat kiinni organisaatiosta eikä todellisia vaikuttamismahdollisuuksia ole.

Kuntoutujan toimintakyvyn huomioiminen biopsykososiaalisena kokonaisuutena antaa näkökulmaa sille, miten kaikki henkilön elämän osa-alueet vaikuttavat toisiinsa (Edgren ym. 2021, 6). Laaja-alainen arviointi mahdollistaa tavoitteiden asettamisen ja toimintakyvyn edistämisen (Tuominen & Tuuri 2020, 233–234). Koen, että MATE-toimintamallin vahvuus on nimenomaan toimintakyvyn tarkastelussa moniammatillisesti. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kokonaisvaltaisemman kuvan saamisen sekä oikea-aikaisen ja oikein kohdennetun palvelun tuottamisen (Duner 2013, 250–251).

Kotikuntoutuksen työntekijöiltä kysyttiin kehittämistyön aikana myös miksi kotikuntoutukseen pitäisi panostaa. Saadut kommentit vastaavat systemaattisen tiedonhaun kautta saatuna tutkimustuloksia. Kotikuntoutus ja moniammatillinen toimintakyvyn edistäminen on todettu vaikuttavaksi ja taloudellisesti kannattavaksi keinoksi vastata ikärakenteen muutokseen ja sen tuomiin haasteisiin. (Kjerstad & Tuntland 2016, 8–9; Lewin ym. 2013, 1280; Lewin ym. 2014, 334–335). Moniammatillinen yhteistyö on todettu tehokkaaksi ennaltaehkäiseväksi keinoksi, jolla pystytään ylläpitämään asiakkaiden terveydellistä elämänlaatua (Liimatta ym. 2019, 95–96). Oikea-aikaisella moniammatillisella kotikuntoutuksella on merkittäviä vaikutuksia asiakkaiden fyysiseen itsenäisyyteen sekä kuntoutusjakson jälkeiseen hoidontarpeeseen (Slater & Hasson 2018, 145–146; Parsons ym. 2013, 1019–1020). Varhaisen puuttumisen on todettu vähentävän merkittävästi sairaalahoidon tarvetta (Nord ym. 2021, 7).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin palvelumuotoilun iterointia hyödyntäen. MATE-malli kehitettiin kolmen prototyypin kautta yhteistyössä Pirkanmaan kuntien kotikuntoutuksen työntekijöiden kanssa. Osallistavina menetelminä käytettiin haastatteluja sekä innopaja-menetelmää. Koen palvelumuotoilun olleen hyvä valinta toteutuksen menetelmäksi, sillä se mahdollistaa jo olemassa olevien palveluiden kehittämisen sekä uuden innovoinnin yhteiskehittämisen keinoin

(Ahonen 2017, 6). Koska palvelumuotoilun prosessille ja iterointikierroksille oli varattu runsaasti aikaa, prototyypin työstämiseen ehti hyvin paneutua. Tiivis ja sujuva yhteistyö toimeksiantajan kanssa auttoi sisäistämään hyvinvointialueen toiminnasta seuranneet vaikutukset kotikuntoutukselle ja huomioimaan ne prototyyppejä kehitettäessä.

MATE-toimintamallin kehittämistä varten haastateltiin viiden Pirkanmaan kunnan kotikuntoutuksen työntekijää. Laadullisella lähestymistavalla pyrittiin ymmärtämään ja motivoimaan osallistujia (Almqvist 2019, 74). Haastattelut toteutuivat suunnitelmien mukaisesti ja sain itse tärkeää kokemusta haastatteluiden toteuttamisesta. Koska haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, oli kuitenkin olemassa riski, etteivät kaikki haastatteluihin kutsutut osallistukaan. Olimme toimeksiantajan kanssa varautuneet tähänkin mahdollisuuteen ja pohjineet vaihtoehtoja osallistujille.

Viimeisen prototyypin kehittämistä varten kotikuntoutuksen työryhmän kuukausittaisessa yhteistilaisuudessa järjestettiin ketterän kehittämisen Innopaja. Tilaisuus toteutettiin Teams videokokouksen välityksellä ja työskentelypohjana toimi interaktiivinen selainpohjainen Padlet-alusta. Teams ja Padlet olivat tilaisuuteen onnistuneita valintoja, sillä ne olivat helppokäyttöisiä ja ennestään suurimmalle osalle osallistujista tuttuja. Teamsin automaattinen ryhmiin jako nopeutti pienryhmien muodostamista, ja Padlet-alustalle tuotetut pienryhmien kommentit jäivät aineistoksi kolmannen prototyypin työstämistä varten. Koska Padlet-alusta ei ihan kaikille osallistujille ollut ennestään tuttu, esiintyi työskentellessä pieniä käytännön haasteita alun ohjeistuksesta huolimatta. Kaikki ryhmät saivat kuitenkin omat kommenttinsa kirjattua ja esitettyä muille pienryhmille.

Oma osaamiseni toiminnan kehittäjä on ottanut harppauksen eteenpäin. Palvelumuotoilun hyödyntäminen julkisella sektorilla mahdollistaa hyvinvoinnin edistämistä sekä ihmisen elämää helpottavat ratkaisut (Tuulaniemi 2011, 281–282). Opinnäytetyötä tehdessäni olen saanut tärkeää kokemusta haastatteluiden ja työpajojen järjestämisestä sekä toteutuksesta. Myös verkostoitumisen tärkeys kehittämistyötä tehdessä on noussut esiin osallistuessani kotikuntoutuksen työryhmän yhteistilaisuuksiin sekä yhteistyössä toimeksiantajan

kanssa. Olen nyt saanut olla mukana kehittämässä moniammatillista yhteistyötä, mutta sen kehittäminenkin on edellyttänyt moniammatillista yhteistyötä ja juuri niin sen kuuluu ollakin.

7.1 Jatkotutkimus- ja kehitysehdotukset

Pirkanmaan hyvinvointialueella kehitetään myös Minun tiimini mallia sosiaali- ja terveydenhuollolle. Toimintamallia kehitetään asiakkaan tarpeita vastaavaksi monialaisen tiimityön malliksi, jossa Minun tiimini on joukko asiakkaan toiveiden mukaisesti koottuja toimijoita (Pakarinen 2021). MATE- toimintamalli on kehitetty kotikuntoutuksen näkökulmasta ja se on kohdennettu vastaamaan erityisesti kotikuntoutuksen tarpeita ja sidosryhmiä. Tulevaisuudessa näitä kahta monialaisen yhteistyön toimintamallia voisi lähteä jatkokehittämään hyödyntäen toimivimmat ratkaisut molemmista.

MATE-mallia kehitettäessä kotikuntoutuksen työntekijöiltä nousi esiin tarve työnjaon kehittämiseksi. Jos terapeutit tulevaisuudessa tulevat toteuttamaan entistä enemmän arviointi ja kontrollikäyntejä, heidän erikoistumistaan ja erityisosaamistaan tulisi voida hyödyntää monipuolisemmin erityisasiantuntijana. Samalla jos kuntouttavia lähihoitajia rekrytoidaan enemmän osaksi kotikuntoutusta, tulisi heidän potentiaalinsa hyödyntäminen huomioida toimintakyvyn neljän ulottuvuuden mukaisesti, ei pelkästään terapeuttien työparina.

Opinnäytetyössä tuotettu aihekartta (liite 11) kuvaa mielestäni hyvin kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitä moniammatillinen kotikuntoutus ja yhteistyö eri sidosryhmien välillä edellyttää. Samalla aihekartassa nähdään perusteluita sille miksi toimivaan kotikuntoutukseen tulisi panostaa ja mitä kotikuntoutus parhaimmillaan voi tarjota. Aihekarttaa hyödyntämällä toimeksiantajalla sekä muillakin kotikuntoutuksen kehittämistyössä toimivilla on selkeästi nähtävillä aiheet, jotka koetaan tärkeäksi moniammatillista kotikuntoutusta toteutettaessa ja joihin kannattaisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota toimintaa kehitettäessä.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tästä opinnäytetyöstä on laadittu yhdessä allekirjoittaneen, toimeksiantajan ja ohjaavien opettajien kanssa opinnäytetyösopimus. Sopimuksessa on sovittu

opinnäytetyön aiheesta ja aikataulutuksesta, ohjaajista sekä käytettävistä menetelmistä. Opinnäytetyössä toteutettuihin haastatteluihin ja työpajaan osallistuminen oli kotikuntoutuksen työntekijöille vapaaehtoista. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen (2019, 8, 11–13) mukaisesti osallistujia tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkittavan oikeuksista ja henkilötietojen käsittelystä. Tutkimuksessa saatuja tietoja käsitellään kuntatasolla eikä tuloksista ole yksilöitävissä vastaajien henkilötietoja.

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin laadullinen tutkimus, jonka keinoin pyrittiin ymmärtämään kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia. Haastateltavat kunnat valittiin pyrkien saamaan mahdollisimman heterogeeninen otos eri kokoisten ja eri resurssisten kuntien kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksistä. Haastateltavat myös edustivat kotikuntoutuksen eri ammattiryhmiä. Haastatteluilla pyrittiin saamaan syvällisempiä ja laajempia vastauksia kuin mitä määrällisellä kyselyllä olisi saavutettu. Haastattelut litteroitiin ja työn luotettavuutta on pyritty lisäämään aineistonäytteillä litteroiduista materiaaleista. Haastattelut on analysoitu samankaltaisuuskaaviota käyttäen, jota hyödynnettiin myöhemmin työssä aihekarttana.

Koska toimintamalli on laadittu koko Pirkanmaan hyvinvointialueelle, kehittämistyöhön haluttiin osallistaa kaikkien alueen kuntien kotikuntoutuksen edustajia, mikä toteutui innopajassa. Kaikki MATE-toimintamallin kehittämisvaiheet on pyritty dokumentoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti sekä havainnollistamaan kuvilla. Toimintamallin ensimmäinen prototyyppi perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen ja sen luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä runsaasti eri lähteitä, niin kotimaisia kuin kansainvälisiäkin. Viitekehyksen tutkimuksista on laadittu taulukko, joka löytyy liitteestä 2.

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan Hyvän tieteellisen käytännön -ohjetta (HTK) tutkimustyössä sekä tulosten analysoinnissa, esittämisessä ja arvioinnissa. Työssä kunnioitetaan muiden tekemää työtä ja viitataan heidän julkaisuihinsa asiaan kuuluvasti. Ennen työn käytännön toteutusta opinnäytetyölle on haettu tutkimuslupa. (TENK 2021.) Tähän opinnäytetyöhön ei liity rahoitusta tai ilmoitettavia sidonnaisuuksia (Arene 2020, 23).

LÄHTEET

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosi-
aali- ja terveystalouden palvelujen kehittämiseen. 2. painos. Nummela: Painokiila
Oy.

Almqvist, F. 2019. Service Design During the Later Development Phases: In-
troducing a Service Design Roadmapping Approach. Teoksessa Pfannstiel,
M.A. & Rasche, C. (toim.) Service Design and Service Thinking in Healthcare
and Hospital Management. Sveitsi: Springer International Publishing, 69–84.
E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 16.5.2022].

Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset.
Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. PDF-dokumentti. Päivitetty
9.1.2020. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-SET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu 9.5.2022].

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Wesrendorp, R. 2016.
Reablement: supporting older people towards independence. *Age and Ageing*
5, 574–578. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>
[viitattu 18.3.2022].

Bødker, M.N., Christensen, U. & Langstrup, H. 2019. Home care as reable-
ment or enabling arrangements? An exploration of the precarious dependen-
cies in living with functional decline. *Sociology of Health & Illness* 7, 1358–
1372. Verkkolehti. Saatavissa: DOI [10.1111/1467-9566.12946](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12946) [viitattu
27.4.2022].

Borås stad. 2010. Hemrehabilitering i Borås Stad. Slutrapport. PDF-doku-
mentti. Saatavissa: [https://docplayer.se/6397546-Hemrehabilitering-i-boras-
stad.html](https://docplayer.se/6397546-Hemrehabilitering-i-boras-stad.html) [viitattu 22.3.2022].

Chiang, Y.-H., Hsu, H.-C., Chen, C.-L., Chen, C.-F., Chang-Lee, S.-N., Chen,
Y.-M. & Hsu, S.-W. 2020. Evaluation of Reablement Home Care: Effects on
Care Attendants, Care Recipients, and Family Caregivers. *International Jour-
nal of Environmental Research and Public Health* 23, 8784. Verkkolehti. Saa-
tavissa: <https://doi.org/10.3390/ijerph17238784> [viitattu 27.4.2022].

Duner, A. 2013. Care planning and decision-making in teams in Swedish el-
derly care: Astudu if interprofessional collaboration and professional bounda-
ries. *Journal of Interprofessional Care* 3, 246–253. Verkkolehti. Saatavissa:
DOI [10.3109/13561820.2012.757730](https://doi.org/10.3109/13561820.2012.757730) [viitattu 29.4.2022].

Edgren, J., Penttinen, L., Mäkelä, M., Asikainen, J., Gerasin, A. & Havulinna,
S. 2021. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat jäävät usein hyö-
dyntämättä. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 46/2021.
PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/han-
dle/10024/142995/TUTI2021_046_korjattu.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142995/TUTI2021_046_korjattu.pdf?sequence=4&isAllowed=y) [vii-
tattu 18.3.2022].

Eliassen, M., Henriksen, N. & Moe, S. 2018. Variations in physiotherapy practices across reablement settings. *Physiotherapy Theory and Practice* 1, 1–14. Verkkolehti. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/325607379_Variations_in_physiotherapy_practices_across_reablement_settings [viitattu 28.4.2022].

Forsbom, M.-B., Kärki, E. Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammi.

Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. *Fysioterapia* 2, 34–37.

Gutenbrunner, C., Stievano, A., Stewart, D., Catton, H. & Nugraha, B. 2021. Role of Nursing in Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine – Clinical Communications* 1000061. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.2340/20030711-1000061 [viitattu 2.5.2022].

Hakari, K. 2022. Soten toimeenpano – missä mennään tänään? Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Powerpoint-diasarja. Päivitetty 10.2.2022. Saatavissa: https://stm.fi/documents/1271139/109184711/Hakari_suuntaviivat+nyt.pdf/d4f8d075-b5a3-8547-2ae9-f03587908af1/Hakari_suuntaviivat+nyt.pdf?t=1644494695022 [viitattu 3.5.2022].

Halme, E. 2021. Tulevaisuuden sotekeskus -ohjelmalla tavoitellaan konkreettisia muutoksia. Pirkanmaan liitto. WWW-dokumentti. Päivitetty: 3.11.2021. Saatavissa: <https://soteuudistus.pirkanmaa.fi/yleinen/tulevaisuuden-sotekeskus-ohjelmalla-tavoitellaan-konkreettisia-muutoksia/> [viitattu 11.5.2022].

Hiltunen, P. 2017. Palvelusta tuotteeksi. Käsikirja palvelutuotteiden muotoiluun. Sokra. Diakonia-ammattikorkeakoulun Oy, Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke. Verkojulkaisu. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-300-1> [viitattu 16.4.2023].

Hjelle, K., Tuntland, H., Førlund, O. & Alvsvåg, H. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community* 5, 1581–1589. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/hsc.12324> [viitattu 18.3.2022].

Holmberg, A. & Katajamäki, P. 2021. Laadukas palvelu ja tyytyväinen asiakas. Arvolupauksen muodostuminen. SoteNavi-hanke (ESR). WWW-dokumentti. Päivitetty 2021. Saatavissa: <https://sotenavigaattori.fi/laadukas-palvelu-ja-tyytyvainen-asiakas/> [viitattu 16.4.2023].

Hotus. 2020. Kuinka kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä voidaan vaikuttaa kotihoidon palveluiden käyttöön ja kustannuksiin sekä ikääntyneiden toimintakykyyn? Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 10/2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/08/nayttovinkki-10-2020-1.pdf> [viitattu 18.3.2022].

Hussi, E., Mäkinen, E. & Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Kunnallissalan kehittämissäätiö. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://docplayer.fi/47721364-Ikaantyyva-vaesto-ja-toimintakyvyn-yllapito.html> [viitattu 22.3.2022].

Ikääntyvien kotikuntoutus. s.a. Suomen Fysioterapeutit. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantuvien-kotikuntoutus/> [viitattu 17.3.2022].

Innokylä. 2020. PirSOTE Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.3.2022. Saatavissa: <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/pirsote-pirkanmaan-tulevaisuuden-sote-keskus> [viitattu 21.3.2022].

Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B.T. & Haukelien, H. 2019. Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health & Sosial Care in the Community* 4, 907–916. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.1111/hsc.12708 [viitattu 2.5.2022].

Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava. Tutkimuksesta tiiviisti 20. Terveystieteiden tutkimuskeskus. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUT12017_20_Kotihoidon%20henkil%20osaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.3.2022].

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, 12–32. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.3.2022].

Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 6, 15. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0092-8> [viitattu 29.3.2022].

Lewin, G.F., Alfonso, H.S. & Alan, J.J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clin Interv Aging* 8, 1273–1281. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.2147/CIA.S49164> [viitattu 29.3.2022].

Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuihan, M., Boldy, D. & Hendrie, D. 2014. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health Soc Care Community* 3, 328–336. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/hsc.12092> [viitattu 29.3.2022].

Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkälä, K.H. 2019. Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1, 90–97. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569372> [viitattu 29.4.2022].

Meisingset, I., Bjerke, J., Taraldsen, K., Gunnes, M., Sand, S., Hansen, A.E., Myhre, G. & Evensen, K.A.I. 2021. Patient characteristics and outcome in three different working models of home-based rehabilitation: a longitudinal ob-

servational study in primary health care in Norway. *BMC Health Services Research* 21, 887. Verkkolehti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06914-2> [viitattu 27.4.2022].

Metzelthin, S.F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. 2022. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society* 3, 703–718. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000999> [viitattu 13.4.2022].

Morelli, N., De Götzen, A. & Simeone, L. 2021. *Service Design Capabilities*. Sveitsi: Springer International Publishing. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 16.5.2022].

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A.-E., Tusa, N. & Salokangas, K. 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus, 33–60. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 5.6.2022].

Newton, C. 2012. Personalising reablement: inserting the missing link. *Working with older people* 3, 117–121. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.1108/13663661211260934 [viitattu 28.4.2022].

Niskanen, S. 2017. Arkikuntoutus – tieteellisesti tutkittua pohjoismaista kuntoutusta. *Toimintaterapeutti* 4. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2433/toi_4_2017_arkikuntoutus-1.pdf [viitattu 29.3.2022].

Niskanen, S., Forma, L., Salminen, A.-L. & Aho, A.L. 2021. Kartoittava kirjallisuuskatsaus ikääntyneiden arkikuntoutuksen ominaispiirteistä. *Gerontologia* 1, 13–31. Verkkolehti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/328859/90116_Artikkelin_teksti_186816_1_10_20210309.pdf?sequence=1 [viitattu 14.4.2022].

Nord, M., Lyth, J., Alwin, J. & Marcusson, J. 2021. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatrics* 263. Verkkolehti. Saatavissa: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02166-1> [viitattu 2.5.2022].

O’Connor, C.M.C., Gresham, M., Poulos, R., Clemson, L., McGilton, K.S., Cameron, I.D., Hudson, W., Radoslovich, H., Jackman, J. & Poulos, C.J. 2020. Understanding in the Australian aged care sector of reablement interventions for people living with dementia: a qualitative content analysis. *BMC Health Services Research* 1, 1–12. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4977-1> [viitattu 2.5.2022].

Pakarinen, T. 2021. Pirkanmaalainen Minun tiimini. Pirkanmaan hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.3.2023. Saatavissa: <https://inno-kyla.fi/fi/toimintamalli/pirkanmaalainen-minun-tiimini> [viitattu 23.4.2023].

Paltamaa, J., Pikkarainen, A. & Janhunen, E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:52. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6> [viitattu 28.3.2022].

Parsons, J.G.M., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E. & Connolly, M. 2013. A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 6, 1015–1022. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.003> [viitattu 2.5.2022].

Penttinen, L., Kehusmaa, S., Havulinna, S. & Alastalo, H. 2018. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. Tutkimuksesta tiiviisti 34/2018. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137238/2018_34_TuTi_Kotihoitoon%20tarvitaan%20lis%C3%A4%C3%A4%20kuntoutusosaamista.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 18.3.2022].

Peränen, N. 2013. Innopajaopas kehittäjälle. Innokylä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-02/Innopajaopas%20kehitt%C3%A4j%C3%A4lle%205%203%202013.pdf> [viitattu 9.5.2022].

Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta. Väitöskirja. JYU Dissertations 262. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71384/978-951-39-8250-8_vaitos18092020.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.3.2022].

Pirkanmaan liitto. 2020. Tulevaisuuden sote-keskus -hanke ja sitä tukeva rakenneuudistus käynnistyi Pirkanmaalla. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.8.2020. Saatavissa: <https://soteuudistus.pirkanmaa.fi/hanketiedote/tulevaisuuden-sote-keskus-hanke-ja-sita-tukeva-rakenneuudistus-kaynnistyi-pirkanmaalla/> [viitattu 11.5.2022].

Pirkanmaan liitto. 2021a. Pirkanmaan kotikuntoutusmalli on valmistunut. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.12.2021. Saatavissa: <https://soteuudistus.pirkanmaa.fi/yleinen/pirkanmaan-kotikuntoutusmalli-on-valmistunut/> [viitattu 21.3.2022].

Pirkanmaan liitto. 2021b. Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus kehittämisohjelma. Hankesuunnitelma vuosille 2020–2023. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-03/Pirkanmaan%20tulevaisuuden%20sotekeskuskehitt%C3%A4misohjelma%2C%20hankesuunnitelma%20vuosille%202020-2023.pdf> [viitattu 3.5.2022].

Pirkanmaan liitto. 2022. Sote-hankkeet aloittavat pian uudessa kotipesässä, Pirkanmaan hyvinvointialueella. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.12.2022. Saatavissa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/sote-hankkeet-aloittavat-pian-uudessa-kotipesassa-pirkanmaan-hyvinvointialueella?publisherId=69817768&releaseId=69959822> [viitattu 5.4.2023].

PirSOTE. s.a. Vuosien 2022–2024 kehittämistoimenpiteet kuntoutuspalveluissa. PNG-dokumentti. Intranet.

Poulos, C.J., Bayer, A., Beaupre, L., Clare, L., Poulos, R.G., Wang, R.H., Zuidema, S. & McGilton, K.S. 2017. A comprehensive approach to reablement in dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 3, 450–458. Verkkolehti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2017.06.005> [viitattu 2.5.2022].

PSHP. 2021. Tietoa Pirkanmaan hyvinvointialueesta. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.12.2021. Saatavissa: https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan_hyvinvointialue/Tietoa_hyvinvointialueesta [viitattu 21.3.2022].

Romm, J. & Vink, J. 2019. Investigating the "In-betweenness" on Service Design Practitioners in Healthcare. Teoksessa Pfannstiel, M.A. & Rasche, C. (toim.) *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Sveitsi: Springer International Publishing, 117–135. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 16.5.2022].

Salunen, E. 2019. *Raihainen Suomi*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sese, C. 2022. What is Padlet? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://padlet.help/en/about-padlet/what-is-padlet> [viitattu 29.3.2023].

Slater, P. & Hasson, F. 2018. An evaluation of the reablement service programme on physical ability, care needs and care plan packages. *Journal of Integrated Care* 2, 140–149. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.1108/JICA-11-2017-0042 [viitattu 29.4.2022].

Smeets, R.G.M., Kempen, G.I.J.M., Zijlstra, G.A.R., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, J.M., Hanssen, W.A.G. & Metzger, S.F. 2019. Experiences of home-care workers with the "Stay Active at Home" programme targeting reablement of community-living older adults: An exploratory study. *Health & Social Care in the Community* 1, 291–299. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/hsc.12863> [viitattu 27.4.2022].

Sokka, T. 2022a. Kuntoutuksen ennakkokyselyn tulokset. Päivitetty 28.3.2022. PirSOTE kuntoutus HS 5 12.4.2022. Powerpoint-diasarja.

Sokka, T. 2022b. Kuntoutuksen kehittäminen on käynnistynyt vauhdilla: hypähtiin liikkuvaan junaan. Blogi. Päivitetty 28.2.2022. Saatavissa: <https://soteuudistus.pirkanmaa.fi/yleinen/uusi-kuntoutuksen-hankesalkku-hypannyt-liikkuvaan-junaan/> [viitattu 21.3.2022].

Stausholm, M.N., Pape-Haugaard, L., Hejlesen, O.K. & Heyckendorff Secher, P. 2021. Reablement professionals' perspectives on client characteristics and factors associated with successful home-based reablement: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 21, 665. Verkkolehti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06625-8> [viitattu 27.4.2022].

Steihaug, S., Lippestad, J.-W. & Werner, A. 2016. Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1, 46–54. Verkkolehti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132888> [viitattu 29.4.2022].

STM. 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu 28.3.2022].

STM. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 15.3.2022].

Suomen kinestetiikkayhdistys ry. 2022. Kinestetiikka. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kinestetiikka.fi/> [viitattu 5.6.2022].

Tepponen, M. 2015. Eksoten kotikuntoutusmalli ja ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Powerpoint-diasarja. Päivitetty 17.12.2015. Saatavissa: <https://docplayer.fi/25073830-Eksoten-kotikuntoutusmalli-ja-ikaantyneiden-kotona-asumisen-tukeminen-merja-tepponen-ttt-kehitysjohtaja-eksote.html> [viitattu 21.3.2022].

TENK. 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). WWW-dokumentti. Päivitetty 7.7.2021. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk> [viitattu 9.5.2022].

THL. 2020. Mitä toimintakyky on? WWW-dokumentti. Päivitetty 7.3.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> [viitattu 15.3.2022].

THL. 2022. ICF-luokitus. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.2.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus> [viitattu 28.3.2022].

Trappes-Lomax, T. & Hawton, A. 2012. The user voice: older people's experiences of reablement and rehabilitation. *Journal of Integrated Care* 3, 181–194. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1108/14769011211237528> [viitattu 18.3.2022].

Tuominen, R. & Tuuri, K. 2020. Ikäihmisten kotihoito monialaisena yhteistyönä – Toimintakyvyn näkökulma. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 228–241. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.5.2022].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki: Tutkimuseettinen

neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2020.pdf [viitattu 9.5.2022].

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 9.5.2022].

Vaahtojärvi, K. 2016. Palvelukonseptien arviointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 3. painos. Helsinki: Teknologiainfo Teknova, 131–146.

Valtionneuvosto. s.a. Mikä sote-uudistus? WWW-sivu. Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti-> [viitattu 11.5.2022].

Vanhustyön keskusliitto. 2022. Vuoden vanhusteko -palkitut. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2022/02/Vanhusteko-palkitut-2008-2021.pdf> [viitattu 21.3.2022].

Vetterli, C. & Scherrer, C. 2019. Service Innovation by Patient-Centric Innovation Processes. Teoksessa Pfannstiel, M.A. & Rasche, C. (toim.) Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management. Sveitsi: Springer International Publishing, 55–67. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 16.5.2022].

WHO. s.a. ICF e-learning. Luku 4: ICF malli. ICF:n osa-alueiden määritelmät. Digitaalinen oppimateriaali. Saatavissa: https://www.icf-elearning.com/wp-content/uploads/articulate_uploads/ICF%20e-Learning%20Tool_Finnish_20201014%20-%20Storyline%20output/story_html5.html [viitattu 5.6.2022].

WHO. 2017. Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500> [viitattu 17.3.2022].

Zingmark, M. 2013. Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten* 3, 26–29. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiles%2FFa-gartikler%2FVardagsrehabilitering.pdf> [viitattu 14.4.2022].

Äijö, M. & Sirviö, K. 2019. Iäkkään ihmisen toimintakyvyn tarkastelu suun terveyden edistämisen näkökulmasta. Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.12.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00200/iakkaan-ihmisen-toimintakyvyn-tarkastelu-suun-terveyden-edistamisen-nakokulmasta?q=toimintakyky> [viitattu 28.3.2022].

Östlund, G., Zander, V., Elfström, M., Gustavsson, L. & Anbäcken, E. 2019. Older adults' experiences of a reablement process. "To be treated like an adult and ask for what I want and how I want it". *Educational Gerontology* 8, 519–529. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1666525> [viitattu 18.3.2022].

SYSTEMAATTINEN TIEDONHAKUKAAVIO

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulosten lukumäärä	Valittujen lukumäärä	Lisähuomiot
PubMed	Reablement and home care services and rehabilitation	2012-2022	60	11	Yksi valituista lähteistä ei ollut tutkimus
Emerald Premier	Home rehabilitation and reablement and effective	2010-2022	30	3	Yksi valituista lähteistä ei ollut tutkimus
EBSCO host	Multiprofessional or interprofessional collaboration and rehabilitation and home care services	2010-2022, Full text, Boolean/phrase, also search within the full text of the articles, apply equivalent subjects	145	7	Kaksi valituista on dublikatteja PubMedin valituista
Science Direct	Home care service and functional mobility and home rehabilitation and reablement	2010-2022	14	2	

VIITEKEHYKSEN TUTKIMUSKAAVIOT

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
PubMed			
Bødker, M.N., Christensen, U. & Langstrup, H. 2019. Home care as reablement or enabling arrangements? An exploration of the precarious dependencies in living with functional decline. <i>Sociology of Health & Illness</i> 7, 1358-1372. Verkkoite. Saatavissa: DOI 10.1111/1467-9566.12946 [viitattu 27.4.2022].	Selvittää kuinka reablement- käsitteeseen upotetut oletukset riippumattomuudesta heijastavat elämää, jolle on ominaista toiminnallinen rappeuma.	Aineisto kerättiin havainnoimalla ja puoilstukturoiduilla haastatteluilla. Analysointi abduktiivinen analysointi. Lopullinen osallistujamäärä 8 hlöä.	Toiminnan mahdollistavat järjestelyt ovat asiakkaalle usein hyödyllisempiä kuin yksittäinen kuntoutusjakso.
Chiang, Y.-H., Hsu, H.-C., Chen, C.-L., Chen, C.-F., Chang-Lee, S.-N., Chen, Y.-M. & Hsu, S.-W. 2020. Evaluation of Reablement Home Care: Effects on Care Attendants, Care Recipients, and Family Caregivers. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 23, 8784. Verkkoite. Saatavissa: https://doi.org/10.3390/ijerph17238784 [viitattu 27.4.2022].	Pyrkä luomaan kotikuntoutusmalli terveystalveuille ja arvioimaan sen tehokkuutta hoitohenkilöstön, hoidon saajien ja omaishoitajien kannalta.	Alkukysely, kolmen kuukauden interventio kahdelle ryhmälle. Koeryhmään kuului 86 hlöä jotka saivat reablement hoitoa, kontrolliryhmään 100 hlöä jotka saivat tavanomaista kotihoitoa. Kuukausittain tapaamiset, joissa laadullinen arviointi.	Reablement kotihoidon malli paransi kotihoitajien työtyytyväisyyttä ja saavutuksia, paransi keskinäistä tukea ja riippumattomuutta omavaraisuuskäsityksessä ja käyttäjien elämänlaadussa sekä vähensi käyttäjien ja omaishoitajien stressiä.
Eliassen, M., Henriksen, N. & Moe, S. 2018. Variations in physiotherapy practices across reablement settings. <i>Physiotherapy Theory and Practice</i> 1, 1-14. Verkkoite. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/325607379_Variations_in_physiotherapy_practices_across_reablement_settings [viitattu 28.4.2022].	Miten fysioterapiaharjoituksia tehdään reablementti ympäristössä ja mitä palvelua reablementin käyttäjille tarjotaan.	Kenttätyö seitsemässä norjalaisessa reablement ryhmässä. Havainnointi ja haastattelut mistä systemaattinen sisältoanalyysi.	Tiimit, joilla on kiinteä työnjako, tarjosivat rajoitettuja arvioita ja epäspesifistä lähestymistapaa. Joustavan työnjaon omaaville ryhmille oli ominaista monialainen yhteistyö, perusteelliset arvioinnit ja käyttäjäkohtaiset interventiot.
Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older	Kuvata miten ikääntyneet kokevat osallistumisen	Kvalitatiivinen kuvaileva tutkimus.	Tahdonvoima koetaan tärkeäksi harjoittelun ja päi-

<p>adults' experiences. <i>Health and Social Care in the Community</i> 5, 1581–1589. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/hsc.12324 [viitattu 18.3.2022].</p>	<p>reablement ohjelmaan.</p>	<p>Analyysi dekontekstualisoitu ja uudelleenkontekstualisoitu -> induktiivinen päättely. Haastattelu ja interventio.</p>	<p>vittäisten toimien suorittamisen tavoitteiden saavuttamiseksi. Oma kotiympäristö aktivoi jatkamaan tuttuja elämänmalleja, vaikka toimintoja joutuisikin muokattamaan. Reablement tiimi kannusti ottamaan vastuuta päivittäisestä harjoittelusta ja tukee itsevarmuutta tehdä toimia myös yksin. Harjoittelu koetaan fyysiseksi harjoitteluksi, ei toiminnan harjoitteluksi.</p>
<p>Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. <i>Health Economics Review</i> 6, 15. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s13561-016-0092-8 [viitattu 29.3.2022].</p>	<p>Arvioida reablement menetelmän kustannustehokkuutta.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa osallistujat arvoitiin alkutilanteessa ja 3 & 9 kuukauden kuluessa. Kustannustiedot perustuvat kotihoidon henkilökunnan käyttörekisteröinteihin 9 kuukauden ajalta.</p>	<p>Reablement-menetelmän todettiin olevan tavanomaista hoitoa kustannustehokkaampaa. Arviot suorituksesta ja tyytyväisyydestä päivittäisissä toimissa olivat merkittävästi korkeammat versus kontrolliryhmä ja tämä saavutettiin pienemmällä kustannuksella. Kokeen jälkeisenä aikana interventoryhmäläiset pysyivät huomattavasti vähemmän kotikäyntejä ja nekin olivat keskimäärin merkittävästi lyhyempiä kuin kontrolliryhmässä.</p>
<p>Lewin, G.F., Alfonso, H.S. & Alan, J.J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. <i>Clin Interv Aging</i> 8, 1273–1281. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.2147/CIA.S49164 [viitattu 29.3.2022].</p>	<p>Selvittää oliko ikääntyneillä henkilöillä, jotka saivat kotikuntoutuksen palveluita perinteisen kotihoidon sijaan, pienempi tarve jatkuvaan hoitoon ja tukeen sekä vähentävätkö heillä kotihoidon kustannukset seuraavien 57 kuukauden aikana.</p>	<p>Tiedot haettiin taikautuvasti kotikuntoutukseen osallistuneiden ja perinteistä kotihoidon saaneiden palvelurekistereistä kotihoidon palveluiden käytön selvittämiseksi.</p>	<p>Kotikuntoutusta saaneet henkilöt käyttivät harvemmin henkilökohtaisen hygienian hoitoon liittyviä palveluita koko seurantaajan aikana sekä mitä tahansa muuta kotihoidon palvelua kolmen seuraavan vuoden aikana. Kotihoidon vähentynyt käyttö toi viiden vuoden aikana noin 12500 Australian dollarin mediaanisäästön henkilöä kohti.</p>

<p>Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuihan, M., Boldy, D. & Hendrie, D. 2014. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. <i>Health Soc Care Community</i> 3, 328-336. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/hsc.12092 [viitattu 29.3.2022].</p>	<p>Vertailla satunnaisesti joko kotikuntoutusta tai perinteistä kotihoitoa saavien iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden terveys- ja vanhustenhoitopalveluiden käyttöä ja kustannuksia.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Otokoko 750 asiakasta, joista 375 hlöä kummassakin interventio- ja kontrolliryhmässä.</p>	<p>Kotikuntoutusta saaneet käyttivät vähemmän kotihoidon tunteja, heillä oli pienemmät kotihoidon kokonaiskustannukset. He tulivat harvemmin päivystykseen tai joutuivat ennalta suunnittelemaan sairaalahoitoon.</p>
<p>Meisingset, I., Bjerke, J., Taraldsen, K., Gunnes, M., Sand, S., Hansen, A.E., Myhre, G. & Evensen, K.A.I. 2021. Patient characteristics and outcome in three different working models of home-based rehabilitation: a longitudinal observational study in primary health care in Norway. <i>BMC Health Services Research</i> 21, 887. Verkkolehti. Saatavissa: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06914-2 [viitattu 27.4.2022].</p>	<p>Verrata potilaiden ominaisuuksia ja hoitotuloksia kolmessa toimivassa kotikuntoutuksen mallissa.</p>	<p>Prospektiivinen havainnointitutkimus. Toimintamallit varhainen interventio, reablement ja säännöllinen fysioterapia organisoitiin potilaan toiminnan ja itsenäisyysasteen mukaan. Osallistujia 603 hlöä.</p>	<p>Varhaisen puuttumisen ryhmällä oli parempi fyysinen suorituskyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu verrattuna kahteen muihin ryhmiin. Seuranassa tavallinen fysioterapiaryhmä ja reablement ryhmä paransivat fyysistä suorituskykyään, kun taas varhaisen puuttumisen ryhmä paransi fyysistä toimintaansa.</p>
<p>Smeets, R.G.M., Kempen, G.I.J.M., Zijlstra, G.A.R., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, J.M., Hanssen, W.A.G. & Metzeltin, S.F. 2019. Experiences of home-care workers with the "Stay Active at Home" programme targeting reablement of community-living older adults: An exploratory study. <i>Health & Social Care in the Community</i> 1, 291-299. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/hsc.12863 [viitattu 27.4.2022].</p>	<p>Selvittää kotihoiton työntekijöiden kokemuksia Stay active at Home -ohjelmasta.</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelututkimus. 20 osallistujaa. Kvalitatiivinen data-analyysi.</p>	<p>Työntekijät pitivät Stay active at Home-ohjelmaa hyödyllisenä reablementimenetelmän soveltamisessa. Työntekijät tarvitsivat kuitenkin myös enemmän tukea tiettyjen taitojen hallitsemisessa ja haastavissa tilanteissa.</p>
<p>Stausholm, M.N., Pape-Haugaard, L., Hejlesen, O.K. & Heyckendorff Secher, P. 2021. Reablement professionals' perspectives on client characteristics and factors associated with successful home-based reablement: a qualitative study. <i>BMC</i></p>	<p>Ymmärtää, mitä tarvitaan onnistuneen tanskalaisen kotipohjaisen reablement palvelun saavutta-</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu ja havainnointi. 9 osallistujaa. Haastatteluiden analy-</p>	<p>Olenaisia tekijöitä onnistuneelle reablement ohjelmalle olivat yhteisymmärrys reablement interventioista, sitoutumisesta ja motivaatiosta asiakkaiden</p>

<p><i>Health Services Research</i> 21, 665. Verkkolehti. Saatavissa: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06625-8 [viitattu 27.4.2022].</p>	<p>miseksi reablement ammattilaisen näkökulmasta.</p>	<p>soinnissa käytettiin temaattista analyysia.</p>	<p>osallistumisen ja henkilöstöryhmän yhteistyön kannalta.</p>
Emerald Premier			
<p>Slater, P. & Hasson, F. 2018. An evaluation of the reablement service programme on physical ability, care needs and care plan packages. <i>Journal of Integrated Care</i> 2, 140-149. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.1108/JICA-11-2017-0042 [viitattu 29.4.2022].</p>	<p>Tutkia reablement-menetelmän vaikutusta fyysisen itsenäisyyteen, hoitosuunnitelmiin ja hoitopaketteihin ikääntyneillä kotiutuksen jälkeen.</p>	<p>Takautuva kohorttitutkimus potilastiedoista. Koulutettujen terveydenhuollon ammattilaisten suorittamia kansainvälisesti tunnettuja ja psykometrisesti vahvoja työkaluja koskevia toimenpiteitä tarkasteltiin ennen ja jälkeen reablement intervention. Osallistujia 416 hlöä.</p>	<p>Reablement menetelmällä oli merkittävä positiivinen vaikutus fyysiseen itsenäisyyteen sekä kotiutuksen jälkeisen hoitotarpeen ja hoitosuunnitelmien vähenemiseen. Fyysinen itsenäisyys ja hoidontarpeen väheneminen edesauttavat asiakkaan kotona pärjäämistä.</p>
<p>Trappes-Lomax, T. & Hawton, A. 2012. The user voice: older people's experiences of reablement and rehabilitation. <i>Journal of Integrated Care</i> 3, 181-194. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1108/14769011211237528 [viitattu 18.3.2022].</p>	<p>Tarkoituksena raportoida sanatakkasti ikääntyneiden ihmisten ääniä, jotka kuvaavat kokemuksiaan kuntoutuspalveluista paikallisissa sairaaloissa ja kuntien lyhytaikaisissa asuinyksiköissä, joita seuraa "tavallinen hoito" kotona. Tarkoituksena myötävaikuttaa suoraa reablement-ohjeiden täytäntöönpanoon.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, joka perustuu puolistrukturoituihin kasvokkain tapahtuneisiin haastatteluihin vuosina 2002/2003. Osallistuneita 42 hlöä. Tulkittu fenomenologisella analyysillä.</p>	<p>Osallistujien viesti oli, että kuntoutusta kannattaa toteuttaa, mutta sen voisi tehdä paremminkin. Tiedot osoittivat, että yksilöt tarvitsevat erilaisia toimenpiteitä ja tekniikoita kuntoutumisen eri vaiheissa. Kuntoutustarpeet muuttuvat nopeasti yksilön toipuesssa, mikä korostaa toistuvan uudelleenarvioinnin ja monipuolisen toiminnan tarpeellisuutta ympäristöstä riippumatta. Yli ympäristö mikä tahansa, avain kuntoutumiseen näyttää olevan tapa, jolla henkilökunta motivoi ihmistä osallistumaan siihen. Kotiuttaminen voi olla asiakkaalle mieluista tai pelottava tilanne. Osa odottaa kotiin pääsyä mutta</p>

			osa voi kokea jäävänsä yksin tilanteensa kanssa vailla tukea tai tietoa jatkosta.
EBSCOhost			
Duner, A. 2013. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: Astudu if interprofessional collaboration and professional boundaries. <i>Journal of Interprofessional Care</i> 3, 246-253. Verkkolehti. Saatavissa: DOI 10.3109/13561820.2012.757730 [viitattu 29.4.2022].	Tarkastella ammatillista yhteistyötä ja ammatillisia rajoja ammattien välisissä hoidon suunnittelutiimeissä.	Tutkittavat: hoidon suunnittelutiimi ikääntyneiden kotihoitossa ja ikääntyneiden hoidon suunnittelutiimi sairaalaosastolla. Aineisto kerättiin nauhoittamalla hoidon suunnittelutapauksia sekä haastattelulla.	Ammattien välinen integraatio näkyi selvimmin tutkimus- ja arviointivaiheessa, suunnitteluvaiheessa se oli alhaisempi ja päätöksenteko vaiheessa lähes olematon. Ammattilaisten roolien selkiyttäminen on tärkeää.
Eliassen, M., Henriksen, N. & Moe, S. 2018. Variations in physiotherapy practices across reablement settings. <i>Physiotherapy Theory and Practice</i> 1, 1-14. Verkkolehti. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/325607379_Variations_in_physiotherapy_practices_across_reablement_settings [viitattu 28.4.2022].	Dublikaatti PubMedin aineistoon.		
Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. <i>Health and Social Care in the Community</i> 5, 1581-1589. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/hsc.12324 [viitattu 18.3.2022].	Dublikaatti PubMedin aineistoon.		
Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B.T. & Haukelien, H. 2019. Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. <i>Health & Sosial Care in the Community</i> 4, 907-916. Verkkolehti. Saatavissa:	Selvittää terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia asiakkaiden osallistumisesta reablementmenetelmään.	18 kotihoidon ammattilaista. Kvalitatiivinen sisältöanalyysi.	Asiakkaiden osallistuminen on arvostettu ihanne, johon ammattilaiset pyrkivät terveydenhuoltopalveluissa. Jotta asiakas onnistuisi osallistumisessa, ammattilaisella on oltava hänelle riittävästi aikaa ja

DOI 10.1111/hsc.12708 [viitattu 2.5.2022].			kärsivällisyyttä alkuvaiheessa. Liikkeelle kannattaa lähteä pilkkomalla tehtävä pieniin osiin, jotka asiakas pystyy hallitsemaan. Jos ammattilaisilla ei ole tarvittavaa aikaa eikä mahdollisuutta panostaa toimintaan, he palaavat helposti vanhoihin tapoihinsa, joissa ei ole yhtä asiakaslähtöinen lähestymistapa.
Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkälä, K.H. 2019. Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> 1, 90-97. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569372 [viitattu 29.4.2022].	Selvittää ennaltaehkäisevien kotikäyntien tehokkuutta itsenäisesti asuvien ikääntyneiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja kuolleisuuteen.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Itsenäisesti kodissaan asuvat 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat aikuiset, joista 211 hlöä oli interventioryhmässä ja 211 hlöä kontrolliryhmässä.	Vuoden kohdalla terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni kontrolliryhmässä, kun taas interventioryhmässä tulos pysyi samana. Kahden vuoden jälkeen, kun vierailut päättyivät, ero pieneni. Kuolleisuudessa ei havaittu eroja. Monialaisen tiimin ennaltaehkäisevät kotikäynnit hidastavat ikääntyneen terveyteen liittyvän elämänlaadun laskua, vaikka vaikutus heikkeneekin käyntien päättyessä.
O'Connor, C.M.C., Gresham, M., Poulos, R., Clemson, L., McGilton, K.S., Cameron, I.D., Hudson, W., Radoslovich, H., Jackman, J. & Poulos, C.J. 2020. Understanding in the Australian aged care sector of reablement interventions for people living with dementia: a qualitative content analysis. <i>BMC Health Services Research</i> 1, 1-12. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1186/s12913-020-4977-1 [viitattu 2.5.2022].	Reablement-menetelmän käytön edistämiseksi dementikoilla, pyritty ymmärtämään alan tämänhetkisiä käytäntöjä ja tarpeita reablement interventoiden ympärillä.	Laadullinen sisältoanalyysi. Haastatteluun osallistui 22 ikääntynyttä ja paikallisen hoidon tarjoajaa. Kvalitatiivinen sisältöanalyysi.	Tutkimuksen teko hetkellä Australiassa dementiaa sairastaville ihmisille tarjottavat hoitotoimet ovat vaihtelevia, reablement menetelmän määritelmään liittyvä hämmennystä ja näyttöön perustuvien interventioiden käyttö on rajallista. Monipuolinen lähestymistapa, johon sisältyy näyttöön perustuva ja vapaasti saatavilla olevat resurssit, ja missä otetaan huomioon ikääntyneiden hoitosektorin vaihtelevat vaikutukset, tukisi dementiaa sairasta-

			vien kuntoutustoimenpiteiden käyttöönottoa ja toteutusta.
Steihaug, S., Lippestad, J.-W. & Werner, A. 2016. Between ideals and reality in home-based rehabilitation. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> 1, 46-54. Verkkolehti. Saatavissa: http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132888 [viitattu 29.4.2022].	Selvittää miten kuntoutuksen palvelutarjoajat kokevat ja tekevät kuntoutustyötä verrattuna Norjan terveystoimintamais-ten antamiin ohjeisiin.	Laadullinen toimintatutkimus. 24 henkilöhaastattelua ja 7 ryhmähaastattelua. Analysointi systemaattinen tekstintäytysmenetelmä.	Tulosten mukaan kuntoutukseen kiinnitetään vain vähän huomioita ja potilaita kuntoutetaan harvoin kotona. Ammattilaisten välillä on erimielisyyttä siitä, mitä kuntoutus on ja mitä sen pitäisi olla. Organisaation, palveluiden nopea-tempoisuuden ja niukkojen resurssien kerrotaan vaikeuttavan kuntoutusta. Norjan terveystoimintamais-ten tavoitteiden ja terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuuksissa saavuttaa ne on ristiriita. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää, että viranomaiset tarjoavat kunnille riittävät puitteet onnistuneelle kuntoutustyölle.
ScienceDirect			
Parsons, J.G.M., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E. & Connolly, M. 2013. A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> 6, 1015-1022. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.003 [viitattu 2.5.2022].	Selvittää kotihoiton kuntouttavan mallin vaikutusta sosiaaliseen tukeen ja fyysiseen toimintaan kotona asuvien ikääntyneiden keskuudessa.	Klusteri-satunnaistettu kontrolloitu koe. Osallistujia 205 hlöä.	Kuntouttavan kotihoitojakson jälkeen oli havaittavissa merkittävä parannus fyysisessä toimintakyvyssä. Muutoksessa ei havaittu siihen liittyvää sosiaalisen tuen lisääntymistä.
Poulos, C.J., Bayer, A., Beaupre, L., Clare, L., Poulos, R.G., Wang, R.H., Zuidema, S. & McGilton, K.S. 2017. A comprehensive approach to reablement in dementia. <i>Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions</i> 3, 450-458. Verkkolehti. Saatavissa:	Esitellä kokonaisvaltainen reablement-lähestymistapa dementiaan.	Systemaattinen katsaus. Osa Kansainvälisen ikääntymisen liiton huippukokouksen ajatushautomon dementia-alaryhmän tuotoksesta.	Käsitettä reablement määritellään laajasti keinona maksimoida iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, mutta sen merkityksessä ja käytännön soveltamisessa on huomattavia eroja. Todisteet reable-

<p>http://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2017.06.005 [viitattu 2.5.2022].</p>			<p>ment-menettelyn toimituksesta dementiaa sairastavilla henkilöillä ovat vaihtelevat.</p>
Manuaalinen haku			
<p>Edgren, J., Penttinen, L., Mäkelä, M., Asikainen, J., Gerasin, A. & Havulinna, S. 2021. Ikään-tyneen asiakkaan kuntoutumisen voimavarat jäävät usein hyödyntämättä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 46/2021. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142995/TUTI2021_04_6_korjattu.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 18.3.2022].</p>	<p>Tarkastella Suomessa toimivissa ympärivuorokautista hoivatarjoavissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvien ikääntyneiden kuntoutumisen voimavaroja ja sen hyödyntämistä.</p>	<p>Aineisto kerättiin RAI-LTC palaute-raporteista. RAI-LTC- välinettä käyttäviä oli 176 palveluntuottajaa ja arvioiteja 22903 kpl. Tutkimus toteutettiin RAI-vertailukehittämisen periaatteella.</p>	<p>Kuntoutumista tukeva toiminta sekä kuntoutus työntekijöiltä saatu avun määrä on alhainen verrattuna asiakkaan kuntoutumisen voimavaroihin. Vain puolet tehostetun palveluasumisen asiakkaista osallistui aktiiviseen toimintaan.</p>
<p>Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava. Tutkimuksesta tiiviisti 20. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUTI2017_20_Kotihoidon%20henkil%3%b6st%3%b6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.3.2022].</p>	<p>Selvittää Suomen vanhuspalveluiden tilaa. Kuinka suurella osalla kotihoidon asiakkaista hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyy tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma sekä kuinka suurella osalla edes yksi kuntoutustavoite on toteutunut.</p>	<p>Alkukysely 2013. Seurantakysely 2014 ja 2016. 2016 kyselyyn vastasi 625 toimintayksikköä eli kysely kattaa 67% säännöllisen kotihoidon asiakkaista.</p>	<p>Kuntoutuksen edistämisen työtapana on levinnyt kotihoidon yksiköihin. Kuntoutussuunnitelmien kattavuus on siltikin melko heikko. Tavoitteiden toteutuminen ja seuranta on vähäistä. Jotta kuntoutumista edistävää työtapaa leviäisi ja vakiintuisi, tarvitaan lisäkoulutusta.</p>
<p>Metzelthin, S.F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. 2022. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. <i>Ageing & Society</i> 3, 703-718. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi.org/10.1017/S0144686X20000999 [viitattu 13.4.2022].</p>	<p>Kansainvälisesti hyväksytyn reablement- määrittelyn kehittäminen.</p>	<p>Delphi-tutkimus. Neljä verkkopohjaista kyselykierrosta. 82 reablement asiantuntijaa 11 eri maasta.</p>	<p>Reablement on henkilökeskeinen, kokonaisvaltaisen lähestymistapa, jolla pyritään tehostamaan yksilön toimintakykyä, lisäämään tai säilyttämään itsenäisyytään mielekkäässä arjen toiminnassa asuinpaikallaan sekä vähentämään pitkäaikaisten palveluiden tarvetta. Reablement jakso koostuu useista vierailuista, jotka</p>

			toteuttaa koulutettu ja yhdessä toimiva monialainen tiimi. Lähestymistapa sisältää kokonaisvaltaisen alkuarvioinnin, jota seuraa säännölliset uudelleen arvioinnit ja tavoitteellisten tukisuunnitelmien laatiminen. Reablement lähestymistapa tukee yksilöä saavuttamaan tavoitteensa päivittäiseen toimintaan, kodin muokkauksiin ja apuvälineiden järjestämiseen sekä sosiaaliseen verkostoon liittyen.
Niskanen, S., Forma, L., Salmi- nen, A.-L. & Aho, A.L. 2021. Kartoittava kirjallisuuskatsaus ikäntyneiden arkikuntoutuksen ominaispiirteistä. <i>Gerontologia</i> 1, 13-31. Verkkojlehti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/328859/90116_Artikkeliteksti_186816_1_10_20210309.pdf?sequence=1 [viitattu 14.4.2022].	Määritellä arkikuntoutuksen ominaispiirteet.	Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Katsaukseen valitut artikkelit (13kpl) kartoitettiin kuvailuvan synteesin avulla.	Arkikuntoutus on tavoitekeskeinen kuntoutuksen muoto. Arkikuntoutuksen keinot ovat voimaantumisen tukeminen, yksilöllinen toteutustapa, asiakkaan toiminnan mahdollistaminen ja kuntoutuksessa käytetyt harjoitteet. Arkikuntoutuksen toteutuksessa keskeistä on moniammatillinen työnjako. Arkikuntoutus on suunnattu ikäntyneille, joilla ei ole diagnosoitua demensiaa.
Nord, M., Lyth, J., Alwin, J. & Marcusson, J. 2021. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. <i>BMC Geriatrics</i> 263. Verkkojlehti. Saatavissa: https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02166-1 [viitattu 2.5.2022].	Arvioida kattavan geriatrisen arvioinnin tehokkuutta iäkkäillä aikuisilla, joilla on korkea riski joutua sairaalaan.	Prospektiivinen käytännönläheinen kontrolloitu monikeskustutkimus 19:sta perusterveydenhuollon yksikössä Ruotsissa. Tulosten analysointi: lineaarinen sekamallinnus.	Kahden vuoden seurannan aikana sairaalahoitopäivien suhteellinen riskivähennyksi oli -22%. Suhteellinen sairaalahoitojaksojen riskivähennys oli -17%. Avohoitokäynneissä tai kuolleisuudessa ei havaittu merkittäviä eroja. Terveystenhuollon kustannukset olivat merkittävästi pienemmät interventioyhtymässä.

<p>Penttinen, L., Kehusmaa, S., Havulinna, S. & Alastalo, H. 2018. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. Tutkimuksesta tiiviisti 34/2018. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137238/2018_34_TuTi%20Kotihoitoon%20tarvitaan%20lis%C3%A4%C3%A4%20kuntoutusosaamista.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 18.3.2022].</p>	<p>Selvittää Suomen vanhuspalveluiden tilaa. Miten vuonna 2018 kuntoutuksen ammattiosaamiseen on kotihoidossa resursoitu ja miten moniammatillisten tiimien tuki näkyy yksikön toimintatavoissa.</p>	<p>Alkukysely 2013 ja vuodesta 2014 uusi kysely joka toisena vuonna. 2018 kyselyyn vastasi 865 yksikköä. Kysely kattaa 71% säännöllisen kotihoidon asiakkaista.</p>	<p>Kuntoutusammattilaisten vakanssit ovat kasvussa, mutta suunnitellusta määrästä lähes puolet on edelleen täyttämättä. Moniammatillisten tiimien tuki näkyy kotihoidossa parantuneena osaamisena ja kuntoutussuunnitelmien systemaattisempaan laatimiseen. Moniammatillisen tiimin tuki lisää myös jonkin verran kuntoutumistavoitteiden saavuttamista.</p>
<p>Pikkarainen, A. 2020. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden ja psykologian tiedekunta. Väitöskirja. JYU Dissertations 262. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71384/978-951-39-8250-8_vaitos18092020.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 28.3.2022].</p>	<p>Pyrkä ymmärtämään ikääntyneiden aikuisten toimijuutta kuntoutuksessa.</p>	<p>IKKU-hankkeen toimintatutkimusaineistosta valitut yksilölliset havainnointiaineistot (käynnistysvaihe n=11, päättymisvaihe n=39) sekä työntekijöiden fokusryhmäkeskusteluaineistot n=6. Analyysi: laadullinen sisältöanalyysi ja diskurssi-analyysi.</p>	<p>Kuntoutuksessa ikääntyneiden toimijuutta määrittää ajallisuus ja elämänculttu sekä vertaiskuntoutajat ja työntekijöiden puhe- tavat. Toimijuuteen perustuva kuntoutus täydentää toimintakykylähtöistä kuntoutusta.</p>
<p>Östlund, G., Zander, V., Elfström, M., Gustavsson, L. & Anbäcken, E. 2019. Older adults' experiences of a reablement process. "To be treated like an adult and ask for what I want and how I want it". <i>Educational Gerontology</i> 8, 519–529. Verkkojulkaisu. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1666525 [viitattu 18.3.2022].</p>	<p>Selvittää ikääntyneiden aikuisten kuvauksia itsenäiseen elämään liittyvistä vuorovaikutustarpeista.</p>	<p>Intensiivinen seuranta tutkimus. Otos 23 kpl 72-92 vuotiaita naisia. Puolistrukturoidut haastattelut, analysointi kvalitatiivisten piilevien sisältöanalyysien avulla.</p>	<p>Reablement menetelmä edisti haastateltavien itsenäisyyttä, vaikkei palauttanutkaan sitä entiselle tasolle. Vuorovaikutussuhteet ammatillisiin ja vakaat suhteet läheisiin ovat ikääntyneiden mielestä tärkeä osa kuntoutusprosessia. Ikääntyneet arvostavat kuntoutusta, jonka kuntoutustavoitteet liittyvät henkilön vakiintuneisiin ihmissuhteisiin ja laajempaan elämäntekstiin.</p>

HAASTATTELUKYSYMYKSET/TEEMAT

1. Miten kotikuntoutus on tällä hetkellä järjestetty kunnassasi/yhteistointialueella?
 - a. Onko kotikuntoutus osa kotihoitoa vai resursoitu erikseen?
 - b. Onko kotikuntoutukseen pääsemistä rajattu tällä hetkellä iän perusteella?
 - c. Onko kotikuntoutukseen resursoitu kuntouttavia lähihoitajia, jotka keskittyvät nimenomaan kuntoutukseen?
 - d. Kuinka paljon kuntoutusammattilaisia (fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja puheterapeutti) tällä hetkellä kotikuntoutuksessa työskentelee?
 - i. miten kunnassa on järjestetty palvelun tarjoaminen, mikäli palvelut eivät kuulu kotikuntoutuksen piiriin?
2. Miten kotikuntoutuksen ja kotihoidon yhteistyö on tällä hetkellä toteutettu?
 - a. Onko käytössä moniammatillista tiimimallia?
 - b. Miten kuntoutusammattilaiset ohjaavat kotihoidossa hoitajien toteuttamaa kuntoutustyötä?
 - c. Miten vuorovaikutus kotihoidon ja kotikuntoutuksen välillä tällä hetkellä toteutuu?
 - d. Miten arvioisit kuntouttavan hoitotyön toteutumista tällä hetkellä kotihoidossa?
 - i. Miten kunnassasi on pyritty kehittämään kuntouttavan hoitotyön toteutumista?
3. Millaisena näet tulevilla hyvinvointialueella ihanteellisen moniammatillisen kotikuntoutusmallin?
 - a. Miten moniammatillisuus olisi toteutettu?
 - b. Millaisia ammattikuntien edustajia kotikuntoutuksessa työskenteleisi?
 - c. Miten toimintakyvyn heikkenemistä pystyttäisiin ennakoimaan?
 - d. Miten kotikuntoutus pystyttäisiin kohdentamaan oikea-aikaisesti?
4. Miksi moniammatilliseen kotikuntoutukseen kannattaisi tulevilla hyvinvointialueella panostaa?
5. Millaisia ajatuksia ideaalimallin ensimmäinen prototyyppi herättää? (prototyyppi näytetään haastattelutilanteessa)

TYÖRYHMÄN TYÖSKENTELYALUSTANA TOIMINUT PADLET POHJA

Padlet
terhivieri • 2 kuukautta

Kotikuntoutuksen moniammatillinen toimintakykyä edistävä ideaalimalli

Mitä ajatuksia ideaalimallin tämän hetkinen prototyyppi ja haastatteluissa esiin nousseet aiheet herättävät teissä? Mitä korostaisit tai muokkaisit? Jääkö mielestäsi jotain oleellista huomiotta? Millaisilla käytännön ratkaisuilla moniammatillista yhteistyötä voitaisiin tukea kotikuntoutuksessa tulevilla hyvinvointialueella? Miten kuntouttavan hoitotyön toteutuminen parhaiten huomioitaisiin kotikuntoutuksessa?

Sidosryhmäkarta ja prototyyppi 2

Sidosryhmäkarta moniammatillisesta yhteistyöstä kotikuntoutuksessa

Muita verkostoja	<ul style="list-style-type: none"> •päätoiminnan ohjaajat •aste-keräyksen ammattilaiset •kuntoutuksen ja kuntoutusyksiköt •matkailuyhteisöt •kotiin saajien •suostuspalveluyksiköt
Tarvittaessa konsultoitavat ammattilaiset/yhteistyökumppanit	<ul style="list-style-type: none"> •psykiatri •muistihoitaja •sosiaalialan eri ammattilaiset •vaivastuhoasiantuntijat •psykiatri •pääide- ja mielenterveyshoitaja
Moniammatillinen tiimi	<ul style="list-style-type: none"> •arviointipäivä/ohjaaja •lääkäri/geriatri •kotihoitoon sairaanhoitaja/terveydenhoitaja •kotihoitoon lähtökäyttäjät •kotihoitoon henkilökohtainen avustaja •hoitajat, omaiset, henkilökohtainen avustaja
Kotikuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> •fysioterapia •nautinto- ja liikunta •kuntoutusohjelmat (erityisesti kotona) •kuntouttavat lähtökäyttäjät

PDF

Ryhmät 1 ja 2 syventyvät keskustelemaan ja kommentoimaan tätä.

Aihekartta (klikkaa kuvaa ja zoomaa nähdäksesi teksti paremmin)

Ryhmät 3 ja 4 syventyvät keskustelemaan ja kommentoimaan tätä.

Ryhmä 1

9

Ryhmä 2

6

Ryhmä 3

0

Ryhmä 4

0

Nimiehdotukset tulevalle mallille

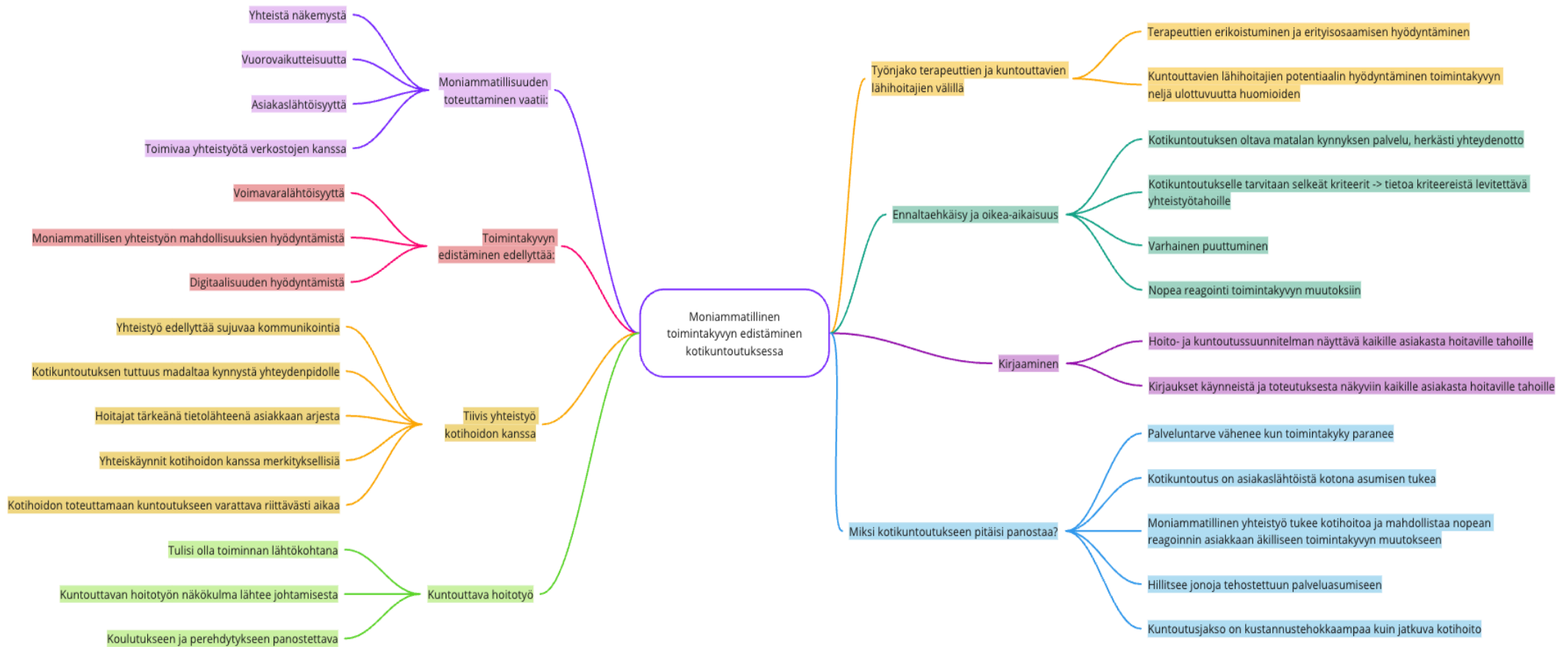
Jokainen ryhmä pohtii 1-2 ytimekästä ja kuvaavaa nimiehdotusta, joista työpajan päätteeksi äänestetään

3

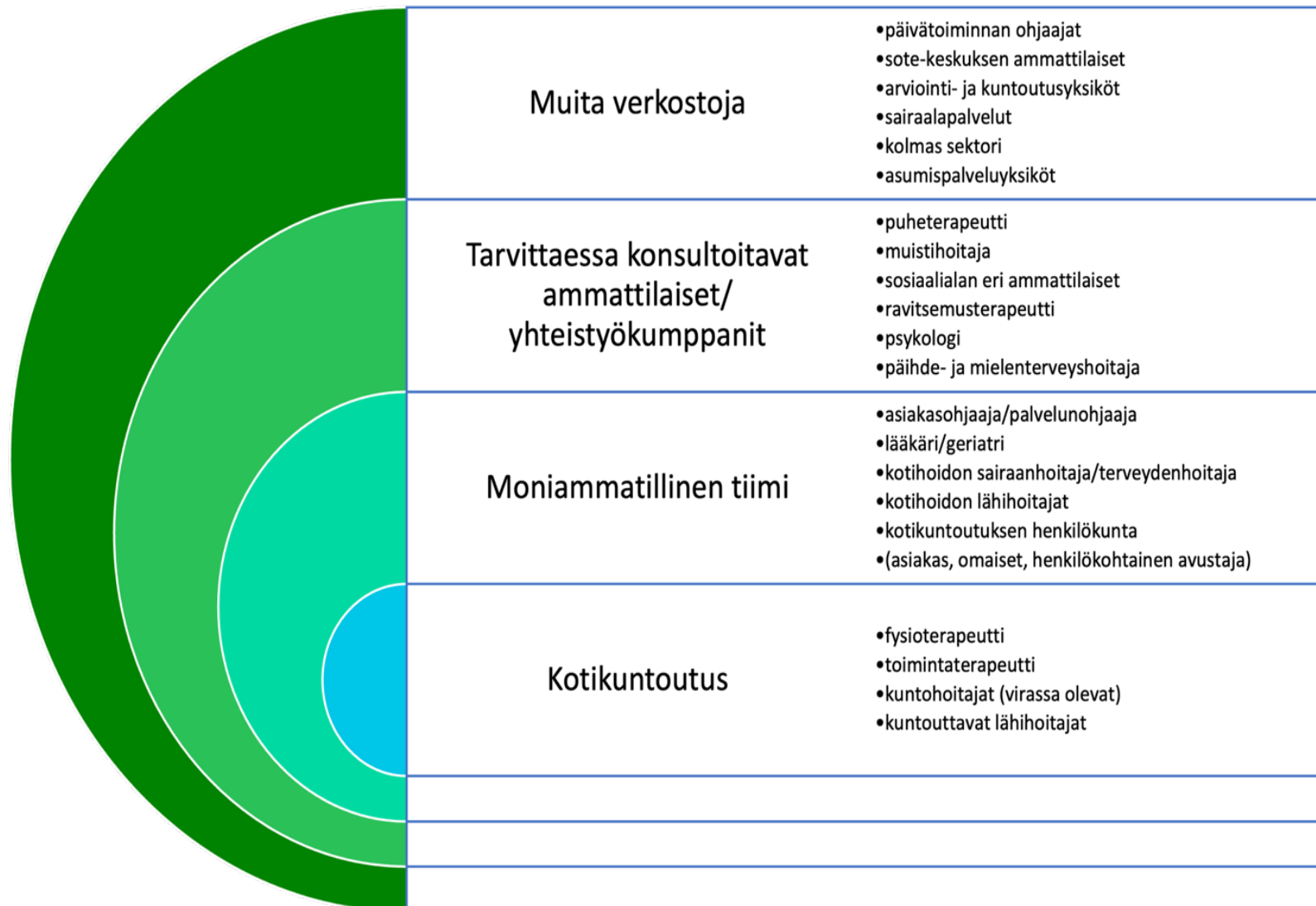
KEHITETTÄVÄN MALLIN PROTOTYYPPI 1



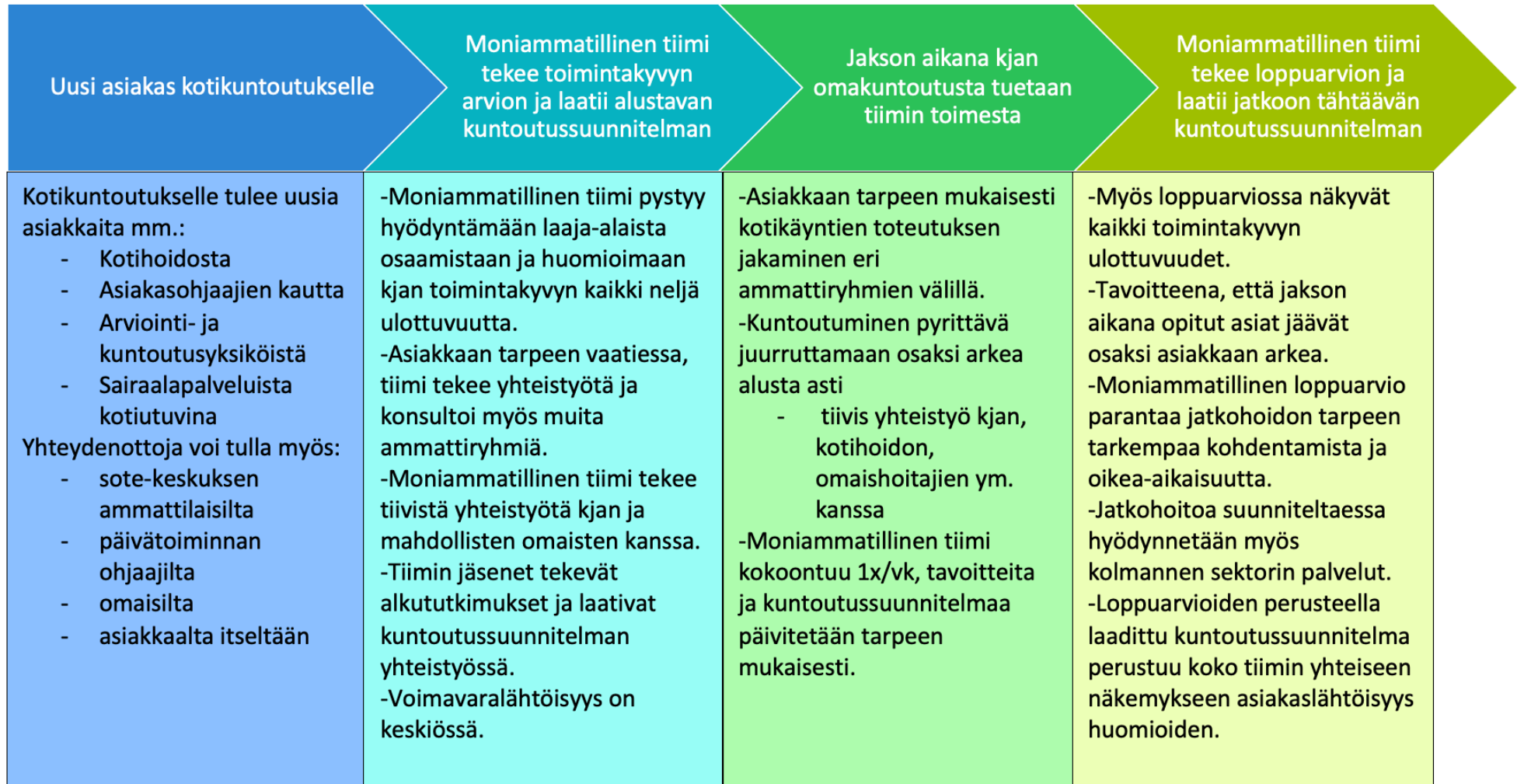
HAASTATTELUIDEN ANALYSOINNISTA MUODOSTUNUT AIHEKARTTA



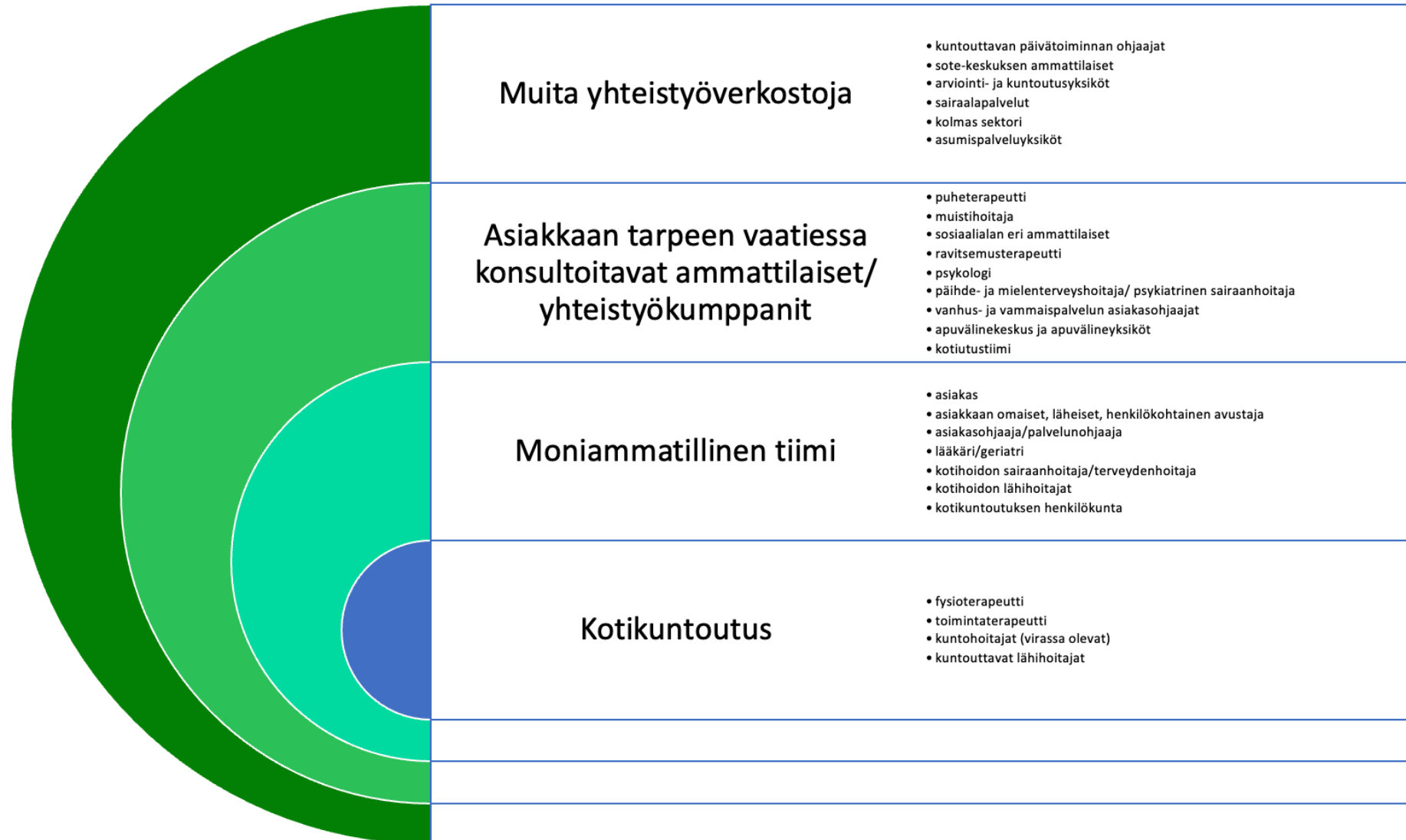
SIDOSRYHMÄKARTTA MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ KOTIKUNTOUTUKSESSA



PROTOTYYPPI 2



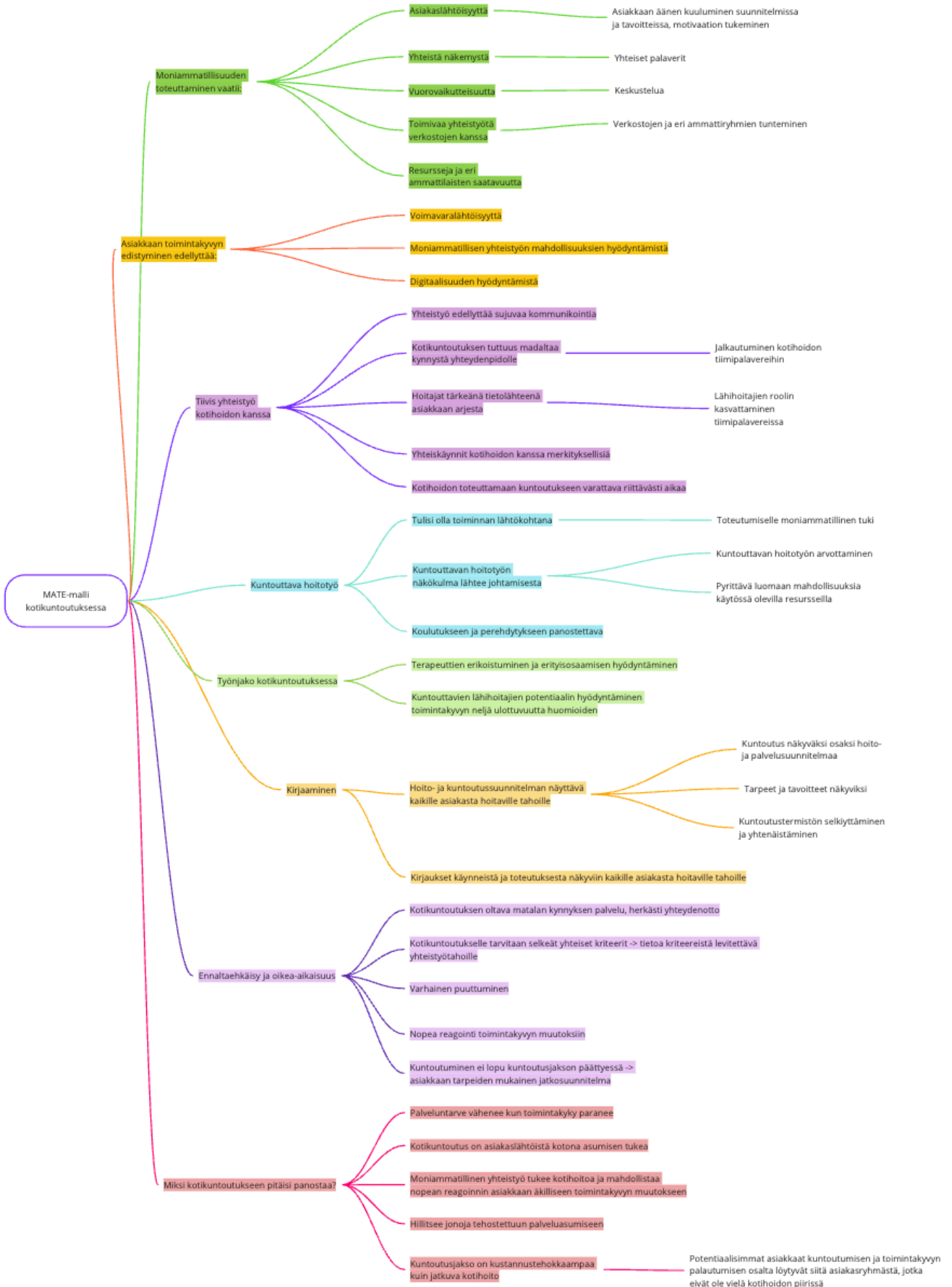
INNOPAJAN KOMMENTOINTIEN PERUSTEELLA MUOKATTU SIDOSRYHMÄKARTTA



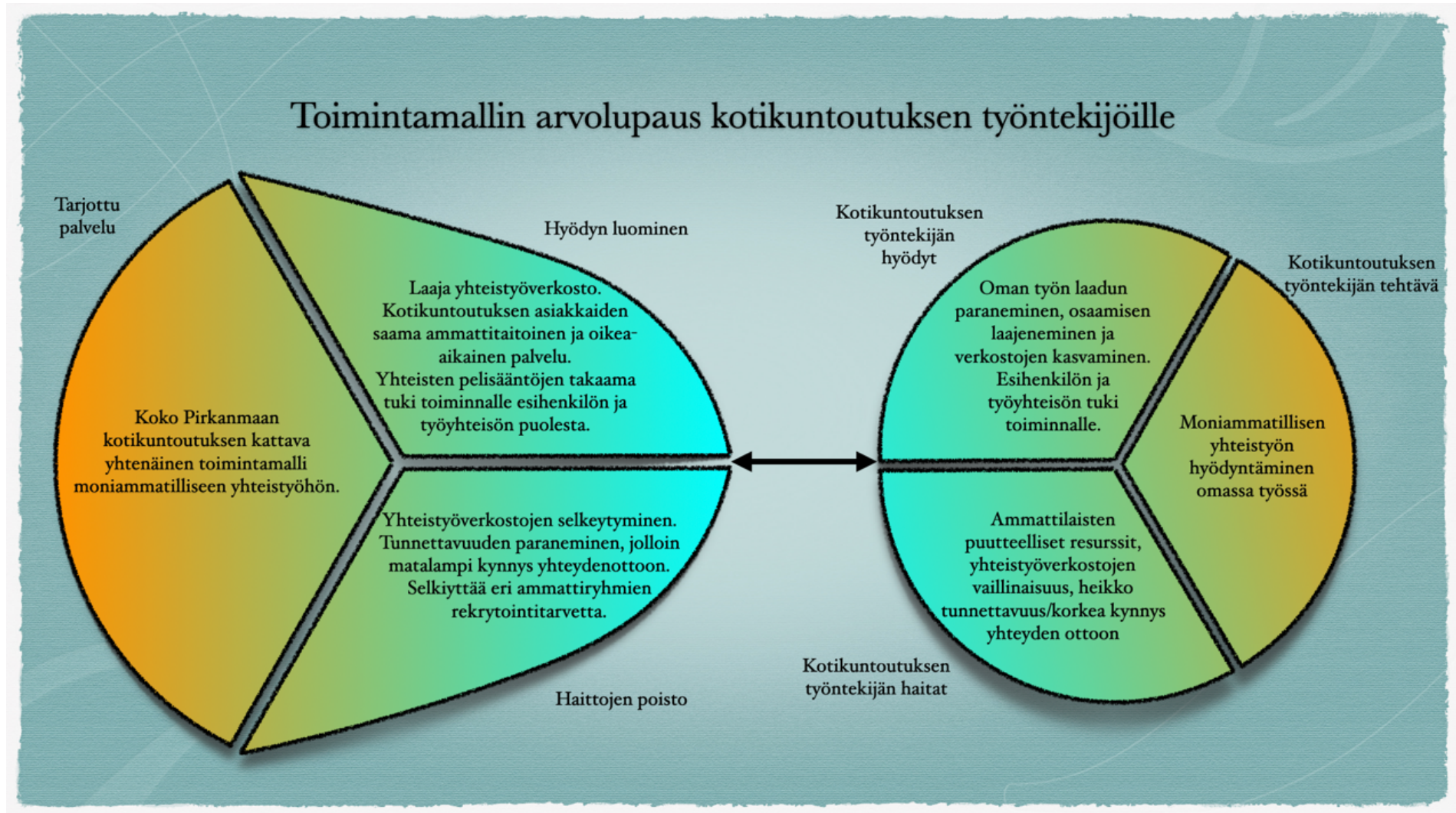
PROTOTYYPPI 3



INNOPAJAN PERUSTEELLA JATKOJALOSTETTU AIHEKARTTA



MATE-TOIMINTAMALLIN ARVOLUPAUS PIRKANMAAN KOTIKUNTOUTUKSEN TYÖNTEIJÖILLE



MATE-TOIMINTAMALLIN KUVAUS KOTIKUNTOUTUSPROSESSIN ERI VAIHEISSA

