

KOTIKUNTOUTUKSEN MALLI

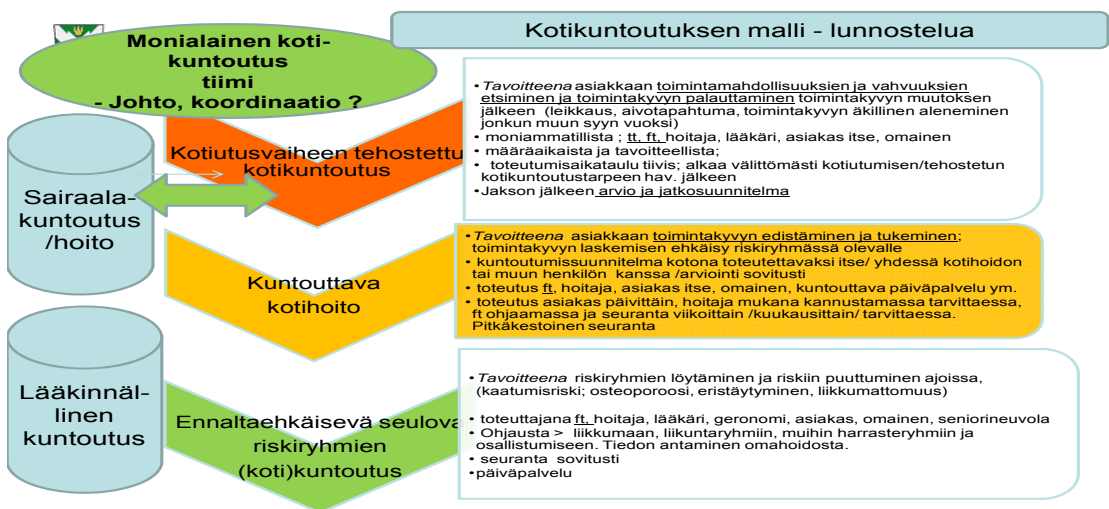
1. TAUSTAA:

”Vanhuspalvelulaissa” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta) määrittellään iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa. Vanhuspalvelulaki ohjaa palvelujärjestelmän kehittämistä ennakoivaan ja kuntouttavaan suuntaan sekä henkilökohtaisten palvelujen suunnitelmallisuuteen. Laissa korostetaan henkilöstön monipuolisuutta, riittävyttä ja monialaista koulutusta sekä eri toimijatahojen yhteistyötä sekä vahvistetaan ikäihmisten roolia palvelujen kehittäjinä, arvioijina ja vaikuttajina vanhusneuvostojen kautta.

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM, 2013) tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Käytännössä kyseessä on hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun ja toimivan arjen turvaamisesta.

Kansallinen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteena on, että muistioireet tunnistetaan, muistioireiset ihmiset ohjataan tutkimuksiin, diagnosointi tehdään ja asianmukainen lääke- ja muu hoito aloitetaan varhaisessa vaiheessa. Suomessa on muistisairaille yhtenäiset ja toimivat hoito-, kuntoutus- ja palveluketjut, jotka turvaavat muistisairaiden yhdenvertaisuuden. Oikea-aikaisen tuen, hoidon ja palvelujen turvaamisen perustana on a) asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi; b) toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen ja edistäminen, käytösoireiden hallinta ja sairauksien hyvä hoito sekä c) hyvä palliatiivinen ja saattohoito silloin, kun ihmisen elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä.

Rovaniemellä on ollut Kuntoutuksen alueellisen toimintamallin valmisteluhanke 1.1.2014–28.2.2015. Hankkeen projektipäällikkönä toimi Ttm Merja Kuokkanen. Hankkeessa oli tavoitteena selkiinnyttää kuntoutuspalvelujen järjestämistä tulevaisuudessa Rovaniemen ja Ranuan alueella siten, että palvelujen kohdentuminen, laatu, ja palvelujen saatavuus taataan joustavasti ja yhteistyössä niitä tarvitseville. Hankkeen suositusten mukaisesti Rovaniemen kaupunki päätti ryhtyä kehittämään kotikuntoutuksesta ns. kolmiportaisen mallin:



SenioriKaste -hankkeen päätavoitteet ovat:

1. Kotona asumisen tukeminen
2. Ikääntyneiden arjen sisältöjen monipuolistaminen
3. Kuntouttavan toiminnan ja osaamisen kehittäminen vanhuspalveluissa

Lapin toiminnallisessa osakokonaisuuden yhtenä tavoitteena on luoda muistisairaanhoidon alueellisen palveluprosessimallin, jossa huomioidaan ennakointi, tuki, kuntoutus ja hoito saumattomassa yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon kesken.

SenioriKaste -hankkeen päämääränä on kuntouttavan toiminnan ja osaamisen kehittäminen laatimalla kotikuntoutuksen malli. Mallin laatimiseksi on keväällä 2015 aikana toteutettu ns. nykytilan kuvaus etäyhteyksillä toteutetuissa työpajoissa sekä sähköpostilla lähetetyllä kyselyllä. Tehtyjen selvitysten pohjalta valittiin Rovaniemen kaupunki kotikuntoutuksen pilotiksi. Pilotti esiteltiin muille kunnille etäyhteyksillä pidettävissä työkokouksissa. Työkokouksissa saadun palautteen pohjalta laadittiin alueellinen kotikuntoutuksen malli, joka hyväksytään Lapin Sairaanhoidopiirin asiakasprosessityöryhmässä.

2. KOTIKUNTOUTUKSEEN LIITTYVIEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

2.1. Kotikuntoutus

Kotikuntoutuksella tarkoitetaan tässä kaikkea sitä toimintaa, joka ylläpitää, tai edistää ikäihmisen toimintakykyä ja tapahtuu hänen asuin-/elinympäristössään. Kuntoutus voi olla toimintaa, joka edistää ikäihmisen hyvinvointia ja kohdistuu kaikkiin hänen toimintakykynsä osa-alueisiin (katso kohta 2.3.).

Kotikuntoutuksen toimijoina ovat ikäihminen itse, hänen läheisensä/omaisensa, vapaaehtoistoimijat, järjestöt, yritykset ja julkinen sektori. Kotikuntoutuksen tavoitteissa, suunnittelussa ja toteutuksessa korostuu vanhuskeskeinen ja moniammatillinen ote.

2.2. Geriatrinen kuntoutus:

Gerontologinen kuntoutus on asiakkaan ja hänen perheensä tukemista mahdollisimman itsenäiseen elämään. Ikääntyneen henkilön kuntoutuksen suunnittelun lähtökohtana tulee olla laaja-alainen geriatrinen arviointi, jossa arvioidaan kognitiivisen, psyykkisen ja somaattisen terveydentilan lisäksi sosiaaliset elinolot. Arvioinnista vastaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluu yleensä lääkärin ja omahoitajan lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Jäntti, P. 2014; Helin, U. 2014; Valvanne, 2013)

Kansaneläkelaitos, Kela, on ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa (IKKU-hanke) kehittänyt ikääntyneiden ihmisten kuntoutusmalleja. IKKU-hankkeen keskeisinä tuloksina todetaan, että ikäihmiset hyötyvät tavoitteellisesta ja asiakaslähtöisestä kuntoutuksesta. Ikääntyneet kuvaavat tilannettaan kokonaisvaltaisesti, erottelematta toisistaan fyysistä kuntoa, mielenterveyttä tai sosiaalista osallisuutta. Hankkeessa todetaan myös, että kuntoutuspalvelujen saamisen tulee perustua asiakkaan toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen, ei ikään tai yksittäiseen sairauteen.

2.3. Toimintakyky

Toimintakykyä voidaan määritellä eri tavoin ja sitä voidaan tarkastella joko voimavaralähtöisesti tai toimintakyvyn puutteina. Fyysisen toimintakyvyn edistämiseksi käytettyjen kuntoutusmuotojen rinnalle on välttämätöntä ottaa käyttöön ratkaisukeskeisiä ja voimavaralähtöisiä työmuotoja. Toimintakyvyn käsitettä tulee myös laajentaa fyysisestä myös sosiaaliseen, psyykkiseen ja hengelliseen. (Koskinen, S. 2007)

Toimintakykyä voidaan jakaa mm. fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Voutilainen 2006, 25). Voutilainen (2006, 27–28) painottaa ympäristötekijöiden merkitystä toimintakyvyn osa-alueiden tarkastelussa. Lyyra toteaa toimintakyvyn osa-alueiden nivoutuvan toisiinsa ja tukevan toisiaan (Lyyra 2007, 21).

Tässä kokonaisuudessa keskitytään fyysiseen toimintakykyyn unohtamatta muiden toimintakykyalueiden tärkeyttä ja tunnustaen, että ihmisen hyvinvointiin kuuluu kaikki toimintakyvyn osa-alueet.

2.4. Kotona pärjääminen

Erilaisten tutkimusten mukaan valtaosa ikäihmisistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Lapin kuntien asukkaiden ikärakenne osoittaa sitä, että ikäihmisten määrä lisääntyy tulevana vuosina voimakkaasti. Ikääntymisen myötä tapahtuvan toimintakykymuutoksen vuoksi palveluntarve lisääntyy. Palveluntarve kohdistuu ensisijaisesti ensisijaisesti asiointeihin (kauppa, apteekki), terveyspalveluihin (terveysasemien palvelusaatavuus) ja kotihoitoon. Kotiin annettavien palvelujen kehittäminen ja monimuotoistuminen vahvistaa kotona asumisen mahdollisuuksia. Sujuvat palvelu- ja hoitoketjut tukevat eri toimijoiden työskentelyä ja lisää ikääntyneiden luottamusta ja turvallisuuden tunnetta palvelujärjestelmää kohtaan.

Erilaiset asumismuodot ja vanheneva asuntokanta luo haasteita kotona asumiselle. Hissittömät kerrostalot, ns. rintamamiestalot ja haja-asutusalueella asuminen lisäävät tarvetta asunnonmuutostöille tai esteettömään ympäristöön muuttamiselle. Ikääntyvän väestön kotona asumisen tukeminen on ennen kaikkea terveyden edistämistä, hyvää perussairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisevää ryhmä- ja yksilö kuntoutusta.

Kotikuntoutuksen toiminnan lähtökohtana on vanhuslähtöisyys, jossa ikäihmisen tarpeet ja toiveet ohjaavat toimintaa. Ikäihmisen elämän historia, tavat, tottumukset ja harrastukset luovat pohjan kuntoutuksen suunnittelulle. Asiakkaan kotona toteutettu kuntoutusjakso tukee hänen oman arjen toteutumista ja päivittäisistä toimista selviytymistä. Oma koti kuntoutumisen ja toimintojen harjoittamisen toimintaympäristönä tekevät näkyväksi ne toiminnalliset, fyysiset ja sosiaaliset esteet, joita asiakas arjen askareissa kohtaa. Näiden tilanteiden harjoittaminen sekä esteiden poistaminen tai minimoiminen, esim. apuvälineitä hyödyntäen tai asunnon muutostöiden avulla voidaan lisätä turvallisuutta ja mahdollistaa kotona asuminen pidempään.

Asiakaslähtöisyydestä elämänlähtöisyyteen, Kotikuntoutuksen kehittäminen, Tampere, Loppuraportti 2014

2.5. Muistisairaana kotikuntoutuksen erityispiirteistä

Muistiliiton julkaisusarjan 1/2015 ”Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä” todetaan, että sekä sosiaaliseen ympäristöön liittyvillä että hoitoympäristöön liittyvillä tekijöillä on merkitystä muistisairaana elämänlaadulle. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä tekijöitä ovat mm. ihmissuhteet, yhteydet läheisiin ihmisiin, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen, toiminnallisuus ja osallisuus. Elämänlaatua heikentää, jos ihminen kokee itsensä yksinäiseksi, tai ettei ole enää kenellekään tärkeä. Hyvä sosiaalinen ympäristö voi parhaimmillaan tukea muistisairaana ihmisen itsetuntoa ja arvokkuutta ja näin edistää hänen elämänlaatuaan. Hyvän elämänlaadun mahdollistava hoitoympäristö huomioi muistisairaana ihmisen erityistarpeet, kuten turvallisuus ja kodinomaisuus/tuttuus. (s.17)

Kokonaisvaltainen fyysinen aktiivisuus, lihasvoimaa ja liikkuvuutta lisäävä ryhmässä tapahtuva harjoittelu vaikuttavat positiivisesti muistisairaana elämänlaatuun. Esim. kävely, tanssi, painoilla tehty voimaharjoittelu

edistävät muistisairaahan ihmisen fyysistä kuntoa, toimintakykyä, kognitiivista toimintaa ja myönteistä käyttäytymistä. Musiikilla näyttäisi olevan myönteinen vaikutus muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun.(s. 20)

Etenkin muistisairauden alkuvaiheessa on todettu ohjauksella, neuvonnalla ja sosiaalisella tuella olevan merkitystä sekä muistisairaahan, että hänen läheisensä hyvinvoinnille.

Toimintakykyä edistää ja elämänlaatua parantaa muistisairaalla:

- muistisairaahan ihmisen aktivointi (esim. päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen)
- kognitiivinen stimulaatio ja psykososiaaliset interventiot (mitattuna heti intervention jälkeen)
- liikunta: silloin, kun harjoittelu on kokonaisvaltaista ja tapahtuu ryhmässä
- musiikki
- ohjaus ja neuvonta sekä sosiaalinen tuki, etenkin sairauden alkuvaiheessa
- läheisten tukeminen
- ympäristön kodinomaisuus, tuttuus
- elämäntapahtumien muistelu erityisesti hoitolaitoksissa asuvilla
- internet-pohjaiset hoito-ohjelmat kotona asuville
- aromaterapia
- eläinten läsnäolo

3. TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan työkaluja, joiden avulla seurataan toimintakyvyn muutosta. Lapin Sairaanhoidopiirin kunnissa oli selvityksen mukaan käytössä erilaisia tapoja mitata ikäihmisen toimintakykyä. Yleisimpiä mittareita olivat RAVA, RAI, CERAD, MMSE. Lisäksi käytössä olivat myös GDS, ADL, IADL, Geri-toimintakykyarvio, Masennustestejä, osia VoiTas- ja Toimiva-testistöistä sekä Bergin-tasapainotesti.

RAI-toimintakykymittaria oltiin ottamassa käyttöön useammassa kunnassa. Sen etuna nähtiin kokonaisvaltaisuus ja kuntoutujan arkeen kiinnittyminen. RAI-arviointijärjestelmä edellyttää kuntoutujan toimintakyvyn säännöllistä arviointia (6kk välein) ja se auttaa havaitsemaan/tunnistamaan ne toimintakyvyn osa-alueet, joihin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa tulee kiinnittää erityistä huomiota. RAI-toimintakykymittari auttaa päätöksentekijää asiakkaan palveluiden myöntämisessä ja tuottaa tietoa vanhuspalvelujen suunnittelua varten. Kuntoutuksen ammattilaiset tunsivat huonosti RAI-toimintakykyarviota.

Työpajojen yhteydessä perehdyttiin tarkemmin SPPB- ja GAS-arviointimenetelmiin. Menetelmät on esitelty tarkemmin Riskiryhmiin kohdistuvan ennaltaehkäisevän kuntoutuksen kohdalla (SPPB) ja Tehostetun kotikuntoutuksen kohdalla (GAS).

4. KOTIKUNTOUTUKSEN MALLI LAPISSA

4.1. NYKYTILAN KUVAUS

Keväällä 2015 toteutettiin etäyhteyksillä kolme kokoontumista. Kokoontumisissa kerättiin tietoa Lapin kuntien kuntoutuksen tilanteesta vanhustyössä. Kokoontumiskerrasta riippuen mukana oli 7–10 kuntaa. Rovaniemen pilotin suunnittelu aloitettiin toukokuussa, jolloin suunniteltiin sisältö, aikataulu ja vastuhenkilöt.

Lapin nykytilanne ikäihmisten kuntoutuksen osalta on kuvattu kappaleessa ”Kuntoutus vanhuspalveluissa”.

4.2. TOTEUTETUT KUNTAPILOTIT

4.2.1. Ikäihmisen hyvinvoinnin malli Sodankylässä

Syksyllä 2014 oli aloitettu pilottina Sodankylässä Ikäihmisen Hyvinvoinnin mallin työstäminen. Malliin on kuvattu ikäihmisten hyvinvoinnin tukeminen Sodankylässä. Se on tehty ikääntyvän sodankyläläisen näkökulmasta ja se on tarkoitettu työntekijöiden perehdytykseen, ikääntyneille sodankyläläisille ja heidän läheisilleen saatavilla olevan tuen hahmottamiseen.

Mallin laadintaan ovat osallistuneet kunnan vanhustyön, terveydenhuollon ja vapaa-aikatoimen edustajat. Myös Sodankylässä toimivien hankkeiden, 3. sektorin ja ikäihmisten edustajat ovat osallistuneet mallin työstämiseen. ” Minustako aktiivinen eläkeläinen?” yleisötilaisuudessa 20.5.2015 esiteltiin mallia ja yleisöllä oli mahdollisuus esittää siihen liittyen kysymyksiä ja kommentteja.

4.2.2. Kotiutusvaiheen toimintatapa Kittilässä

Syksyllä 2015 Kittilässä tuettiin kokeneen muistihoidajan ja uudessa toimesta aloittaneen kotiutus/muistihoidajien tehtävien jaon suunnittelua. Kittilässä oli syksyllä nimetty uutena toimintatapana fysioterapeutin vastuualueeksi vanhustyö. Lisäksi Kittilän työntekijät osallistuivat kuntouttavan työotteen ja kuntoutuksen syksyn työpajoihin ja hyödynsivät sitä oman toimintansa suunnittelussa.

4.2.3. Uusi hoitokulttuuri Kolarissa

Kolarissa tuettiin muutosta järjestämällä vuoden 2015 aikana työpajoja, joissa henkilökunta, luottamushenkilöt ja asiakkaat rakensivat yhteistä toimintakulttuuria. Työpajojen tuotoksena työstettiin ns. Huoneentaulut, jossa tuotiin näkyville yhteiset toimintaa ohjaavat periaatteet, joihin kaikki toimijat sitoutuvat.

4.2.4. Kotikuntoutuksen malli Rovaniemellä

Rovaniemen ikäihmisten kotikuntoutuksen tiimin fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien sekä kotihoidon työntekijöiden kanssa työstettiin riskiryhmiin kohdistuva ennaltaehkäisevän kuntoutuksen, tehostetun kotikuntoutuksen ja kuntouttavan kotihoidon malli. Toimintatavat esiteltiin muille kunnille etäyhteyksillä ja niiden pohjalta kuvataan tämä alueellinen malli.

4.3. KOTIKUNTOUTUKSEN ALUEELLINEN TOIMINTATAPA

Lapin toiminta-alueella työstettiin syksyn aikana etäyhteyksillä pidetyissä työkokouksissa alueellista toimintatapaa kotikuntoutuksen osalta. Työpajoja oli yhteensä 7 ja niihin osallistui parhaimmillaan 14 kuntaa. Mallin työstämisessä keskiössä on ikäihminen itse vastuullisena toimijana ja oman elämänsä parhaana asiantuntijana.

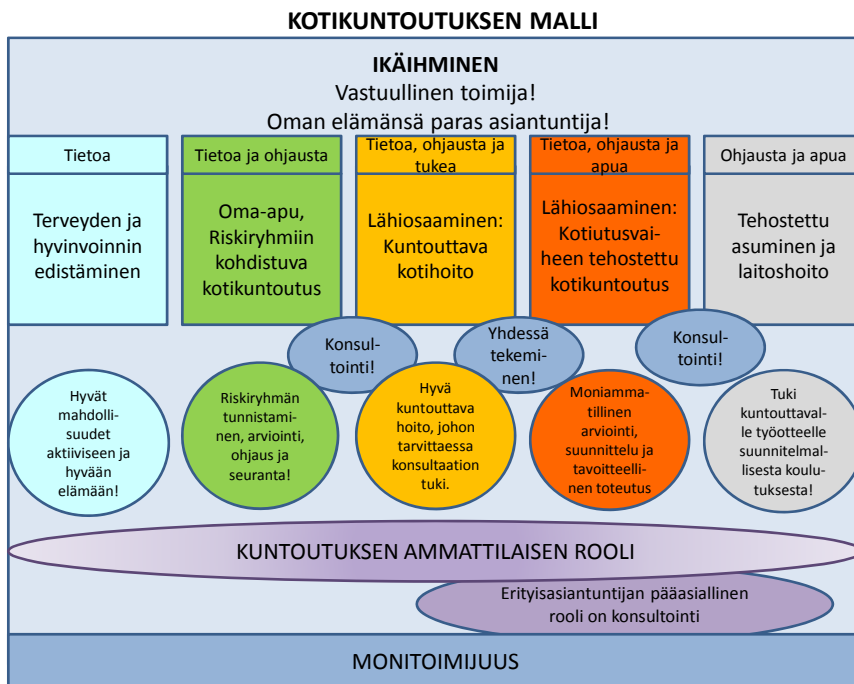
Vastuullinen toimijuus tarkoittaa sitä, että Ikäihmisiltä ja hänen läheisiltään odotetaan aktiivista roolia, halua etsiä itse hänelle parhaiten soveltuva tuki ja mahdollinen palvelu. Halua toimia hyvinvointinsa edistämiseksi.

Oman elämänsä paras asiantuntija on muistutuksena meille työntekijöille siitä, että kaikessa toiminnassa tulisi toimia voimavaraletusti ikäihmisen omien henkilökohtaisten konkreettisten tavoitteiden

mukaisesti. ”Kannettu vesi ei kaivossa pysy” -sanonta kuvaa hyvin sitä, kuinka henkilön oma motivaatio tulisi saada voimavaraksi kuntoutumiselle.

Kotikuntoutuksen mallissa monitoimijuus tarkoittaa sitä, että Ikäihmisen kuntoutumisen tukemiseksi etsitään ratkaisuja hänen elämäänsä kuuluvista tekijöistä. Ikäihmisellä itsellään, hänen omaisillaan/läheisillään, mahdollisilla vapaaehtoisilla, kotihoidon työntekijöillä, kuntoutuksen ammattilaisilla ym. on jokaisella oma tehtävänsä. Oleellista on, että kaikki sitoutuvat toimimaan samojen ikäihmisestä lähtöisin olevien tavoitteiden suuntaisesti.

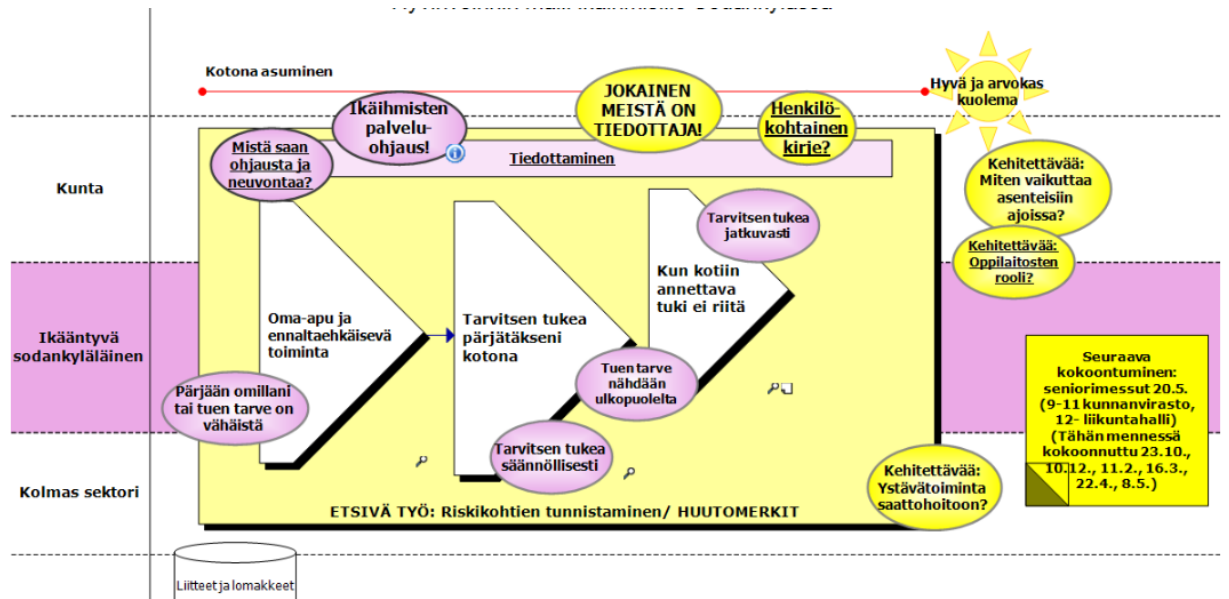
Mallissa on kuvattu tarkemmin ne ikäihmisen elämään liittyvät tilanteet, joissa tarvitaan ”asiaan tarttumista”, ”väliintuloa”. Näihin tilanteisiin on laadittu toimintatapaohjeet.



Kuva 1: Kotikuntoutuksen malli

4.3.1. SUOSITUKSET TOIMINTATAVAKSI:

4.3.1.1. TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN



Kohderyhmä: Kaikille, jotka etsivät tukea omaan hyvinvointiinsa.
Tavoite: Hyvinvoiva, aktiivinen ja sosiaalisesti vireä ikäihminen.
Keinot: Tietoa saataville:
Ikäihmisten palveluista, harrastus- ja itsehoitoon liittyvistä mahdollisuuksista tulee olla tietoa saatavilla monella eri tavalla. Tietoa tulee olla saatavilla ns. manuaalisista palveluoppaista, kunnan kotisivuilta ja eri tavoin järjestetyissä informaatiotilaisuuksissa esim. messuilla. Tiedottamista tulee tehdä kohderyhmälle luonteissa tapahtumissa esim. eläkkeelle jäävien informaatiotilaisuuksissa.

Harrastusmahdollisuuksia:

Kuntien tulee toiminnallaan mahdollistaa järjestöjen vilkas toiminta. Useilla paikkakunnilla järjestöillä on tarjolla monenlaista ryhmätoimintaa. Järjestöjen yhteystiedot löytyvät www.lappilaiset.fi sivustolta, tai kuntien vapaa-aikatoimiston sivustoilta. Muutamissa kunnissa on lisäksi laadittu paperisia, joka kotiin jaettava palveluoppaita, joista löytyy tietoa paikkakunnalla toimivista järjestöistä. Järjestöt tiedottavat yleensä paikallislehdissä toiminnastaan.

Neuvontapalvelut:

Yleisesti saatavilla olevan tiedon lisäksi kunnissa on saatavilla erilaista neuvontapalveluja liittyen liikuntaan, terveyteen, eräisiin sairausryhmiin, liikkumis- ja toimintakykyyn. Joissakin kunnissa on erikseen nimetty ns. ikäihmisten palveluohjaajat, joilta saa tietoa etuisuuksista, palveluista ja tarvittaessa he tekevät myös palvelutarpeen arviointia.

Terveystarkastukset ja hyvinvointia edistäviä kotikäynnit kohdennetaan kunnissa yleensä erikseen määriteltyihin kohderyhmiin. Kohderyhmä voi määräytyä esim. iän perusteella. Omaishoitajat kuuluvat yleensä tietyin

kriteerein näihin kohderyhmiin. Näihin osallistuvat saavat yksilöllistä ohjausta oman hyvinvointinsa edistämiseen liittyvistä asioista ja juuri heille sopivista ryhmä- yms. toiminnoista.

Vastuutaho: Jokainen itse!

Mittarit: Itsetestaamiseen käytettäviä mittareita löytyy esim. www.virtu.fi -palveluista.

4.3.1.2. RISKIRYHMIIN KOHDISTUVA ENNALTAEHKÄISEVÄ TYÖ

Kohderyhmä: Henkilöt, joilla tunnistetaan hauraus/raihnaus –oireyhtymä, alkuvaiheen muistisairaus, omaishoitajat, minisairaat, kaatumis-riskissä olevat, yksinäiset, päihde- ja mielenterveysongelma.

Tavoite: Sosiaalisesti vireä ikäihminen, jonka toimintakyky pysyy niin hyvänä, että hän pärjää kotona nykyisen tuen turvin.

Keinot: Riskiryhmän tunnistaminen ja toimintakyvyn heikkenemisen varhainen havaitseminen kaikkien tahojen toimesta. Vanhuslähtöinen arviointi, ohjaus ja arjen kuntoutussuunnitelma.

Mittarit: SPPB-testi (Guralnikin ym. 1994)

Testillä mitataan iäkkään henkilön suorituskykyä, tasapainon hallintaa, alaraajojen lihasvoimaa ja kävelyä. Testin kustakin osiosta saa 0-4 pistettä ja testin kokonaistulos on 0-12 pistettä (suuri pistemäärä = hyvä liikkumiskyky)

1. Tasapaino (jalat rinnakkain, puolitandem,tandem)

- Testin tarkoituksena on arvioida pystyasennon hallintaa erilaisissa seisoma-asennoissa
- Yhteys toimintakykyyn: tasapainon heikentyminen johtaa helposti liikkumiskyvyn rajoitukseen ja altistaa kaatumistapaturmille

2. Kävelynopeus (4 metriä) omalla kävelyvauhdilla

- Testin tarkoituksena on mitata kykyä liikkua paikasta toiseen
- Yhteys toimintakykyyn: kävelykyky on liikkumisen keskeinen edellytys.
- Hidastunut kävelynopeus on yhteydessä liikkumisvaikeuksiin ja kaatumisalttiuteen

3. Tuolilta ylösnousu (viisi kertaa)

- Testin tarkoituksena on arvioida alaraajojen lihasvoimaa ja kykyä suoriutua jokapäiväiseen elämään liittyvistä toiminnoista
- Yhteys toimintakykyyn: alaraajojen heikko lihasvoima johtaa liikkumiskyvyn rajoitukseen ja lisää alttiutta kaatumisille

Kuntoluokat (yhteensä neljä)

- 0-3 pistettä: henkilöllä on jo huomattavat liikkumis- ja ADL-ongelmat; tarvitaan tarkempi yksilöllinen arviointi
- 4 - 6pistettä: henkilöllä viisinkertainen riski liikkumisongelmien kehittymiselle tulevan neljän vuoden aikana ja nelinkertainen riski ADL-ongelmien kehittymiselle verrattuna 10-12 pistettä saaneille
- 7-9 pistettä: henkilöllä kaksinkertainen riski liikkumisongelmiin ja 1,6 kertainen riski ADL-ongelmiin
- 10 – 12 pistettä: henkilöllä ei odotettavissa liikkumis- ja ADL ongelmia

Vastuutaho: Ikäihminen itse, omaiset ja ikäihmisen kohtaavat tahot kiinnittävät huomiota riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden toimintakyvyn muutoksiin ja ohjaavat hänet tarvittaessa kuntoutuksen ammattilaisten arvioon ja ohjaukseen.

4.3.1.3. TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS

Kohderyhmä: Henkilöt, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut suuri muutos (aivohalvaus, lonkkaleikkaus yms.), joiden kohdalla kuntoutumista on odotettavissa ja kuntoutusta pidetään oikea-aikaisena toimenpiteenä. Henkilön tulee olla motivoitunut kuntoutumiselle.

Tavoite: Toimintakyvyn paraneminen, kotona pärjääminen ja sosiaalisesti vireä ikäihminen.

Keinot: Laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa moniammatillinen ja vanhuslähtöinen suunnitelma ja tavoitteet, joiden toteutumista arvioidaan suunnitelmallisesti. Ikäihmisen arkeen läheisesti liittyvän konkreettisen suunnitelman toteuttaminen tapahtuu monialaisesti kohden yhteistä päämäärää!

Mittarit: Säännöllisen kotihoidon asiakkaille RAI-toimintakykyarvio
Terapeuttien toimesta

Vastuutaho: Kotiuttava ja vastaanottava taho. Fysio-, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, lääkäri ym. laativat yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä ns. lähityöntekijöiden kanssa suunnitelman. Arvioinnin toteuttaminen sovitaan suunnitelman laadintatilanteessa. Arviointi tapahtuu monialaisesti.

4.3.1.4. KUNTOUTTAVA KOTIHOITO

Kohderyhmä: Henkilöille, joiden kohdalla herää huoli kotona pärjäämisestä. Henkilöt, jotka ovat kotiutuneet sairaalasta.

Tavoite: Toimintakyvyn ylläpysyminen/paraneminen, kotona pärjääminen ja sosiaalisesti vireä ikäihminen.

Keinot: Kotihoidon henkilöstön aktiivinen arviointi ja tarvittaessa konsultoidaan fysio-/toimintaterapeuttia. Arkeen kuuluva konkreettinen vanhuslähtöiset tavoitteet ja suunnitelmat, joita arvioidaan tarvittaessa moniammatillisesti.

Mittarit:

Vastuutaho: Ikäihminen itse, omaiset/läheiset ja ikäihmisen lähellä olevat työntekijät tarvittaessa yhteistyössä kuntoutuksen ammattilaisten kanssa.

4.3.1.5. KUNTOUTTAVA TOIMINTATAPA

Kohderyhmä: Kaikille kotihoidon asiakkaille, tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa asuville.

Tavoite: Toimintakyvyn ylläpysyminen ja mielekäs elämä.

Keinot:	Henkilöstön koulutusta säännöllisesti: Voitas-, ergonomiakortti- ja muistikuntoutuskoulutukset vuosittain. Vuosittaiset kertaukset em. koulutuksien käyneille.
Vastuutaho:	Koulutussuunnitelman laadinnasta vastaa asumisyksikön esimies yhdessä vanhustyöstä vastaavan kuntoutuksen ammattilaisen kanssa.

5. FYSIOTERAPEUTTI KOTIKUNTOUTUKSESSA

Kotikuntoutuksessa fysioterapeuttien tehtävänä on edistää ja vahvistaa ikäihmisen terveyttä, liikkumis- ja toimintakykyä sekä hyvinvointia hänen omassa elinympäristössään. Tavoitteena on vanhuslähtöisten toimintatapojen avulla saavuttaa ikäihmiselle mahdollisimman optimaalinen toiminta- ja liikkumiskyky hänen omassa elinympäristössään tehden yhteistyötä ikäihmisen itsensä, hänen läheistensä, mahdollisten lähityöntekijöiden ja muiden toimijoiden kanssa.

Kotikuntoutuksen fysioterapeutille asiakkaat tulevat mm:

- ottamalla itse yhteyttä
- läheisten yhteydenottojen kautta
- lähityöntekijän yhteydenoton kautta (kotihoidon työntekijät)
- muistihoitajan/terveydenhoitajan yhteydenoton kautta
- lääkärin läheteellä
- **jatkohoitona sairaalasta/kuntoutuslaitoksesta kotiutuessa**

Ikäihmisten fysioterapiassa kiinnitetään erityistä huomiota kotiutustilanteissa apuväline- sekä asunnonmuutostyötarpeen arviointiin. Asiakkaan apuvälineiden toimivuus arvioidaan ja tehdään mahdolliset säädöt tai tarvittaessa hankitaan uusia apuvälineitä. Ikäihmiset eivät useinkaan pääse itse hakemaan apuvälineitä apuvälineyksiköstä, vaan ne on toimitettava heille kotiin asti ja harjoiteltava käyttöä kotioloissa.

Kotikuntoutuksen asiakkaiden fysioterapiassa pääpaino on lihasvoima- ja tasapainoharjoittelussa. Kotona tehtävissä harjoitteissa hyödynnetään yleensä asiakkaan omaa painoa sekä arkeen liittyviä toimintoja.

Fysioterapeutin työ painottuu henkilökunnan ohjaukseen ja koordinointiin. Työtä tehdään yhdessä omaisten ja kotihoidon kanssa ja tarvittaessa ohjataan heitä asiakkaan kuntoutumista edistävissä toimissa. Fysioterapeutti tekee tiivistä yhteistyötä vanhustyön esimiesten, palveluohjauksen ja kotihoidon henkilökunnan kanssa.

6. ALUEELLISEN TOIMINTATAVAN JUURRUUTTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN EDELLYTTÄMÄÄ

- Kotihoito/Vanhustyö tulee olla fysioterapeutin vastuualueena
- Tarvitaan kuntouttavan työotteen ”nostamista lääkehoidon tasolle”
- Tarvitaan uuden ajan teknologian hyödyntämistä (osaamista)
- Kotikuntoutuksen mallin mukainen toiminta tuottaa ”Vahvan tuen kotihoidolle” ja selkeyttää kuntoutukselta vastaavien roolia
- Mikäli ei ole kunnan omaa puhe-/toimintaterapeuttia varauduttava hankkimaan asiantuntijapalveluna esim. Ikäosaamiskeskuksesta (määräraha varattava)
- Tarvitaan verkostopalavereita vanhustyössä toimiville fysio- ym. terapeuteille, jotta toimintatavat yhtenäistyvät alueella.
- Tarvitaan yhteisiä koulutuksia yms., jotta opitaan yhteistyöhön ja hyödyntämään alueen resursseja täysipainoisesti

- Tarvitaan tehostetun asumisen (ja kotihoidon) henkilökunnalle jatkuvaa koulutusta, joka tukee vanhuskeskeisiä toimintatapoja arjen hoitotyössä
- **ASENNE IKÄIHMISEN VOIMAVAROJA KUNNIOITTAVAKSI!**