

**Tehostettu kotikuntoutus**  
**12.11.2015**

**Kotiutusvaiheen tehostettu**  
**kuntoutus**

Toimintaterapeutit Merja Kuokkanen  
ja Outi Sassali-Riipi

# KOTIKUNTOUTUKSEN MALLI

## IKÄIHMINEN

Vastuullinen toimija!

Oman elämänsä paras asiantuntija!

Tietoa	Tietoa ja ohjausta	Tietoa, ohjausta ja tukea	Tietoa, ohjausta ja apua	Ohjausta ja apua
Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	Oma-apu, Riskiryhmiin kohdistuva kotikuntoutus	Lähiosaaminen: Kuntouttava kotihoito	Lähiosaaminen: (Kotiutus)vaiheen tehostettu kotikuntoutus	Tehostettu asuminen ja laitoshoido

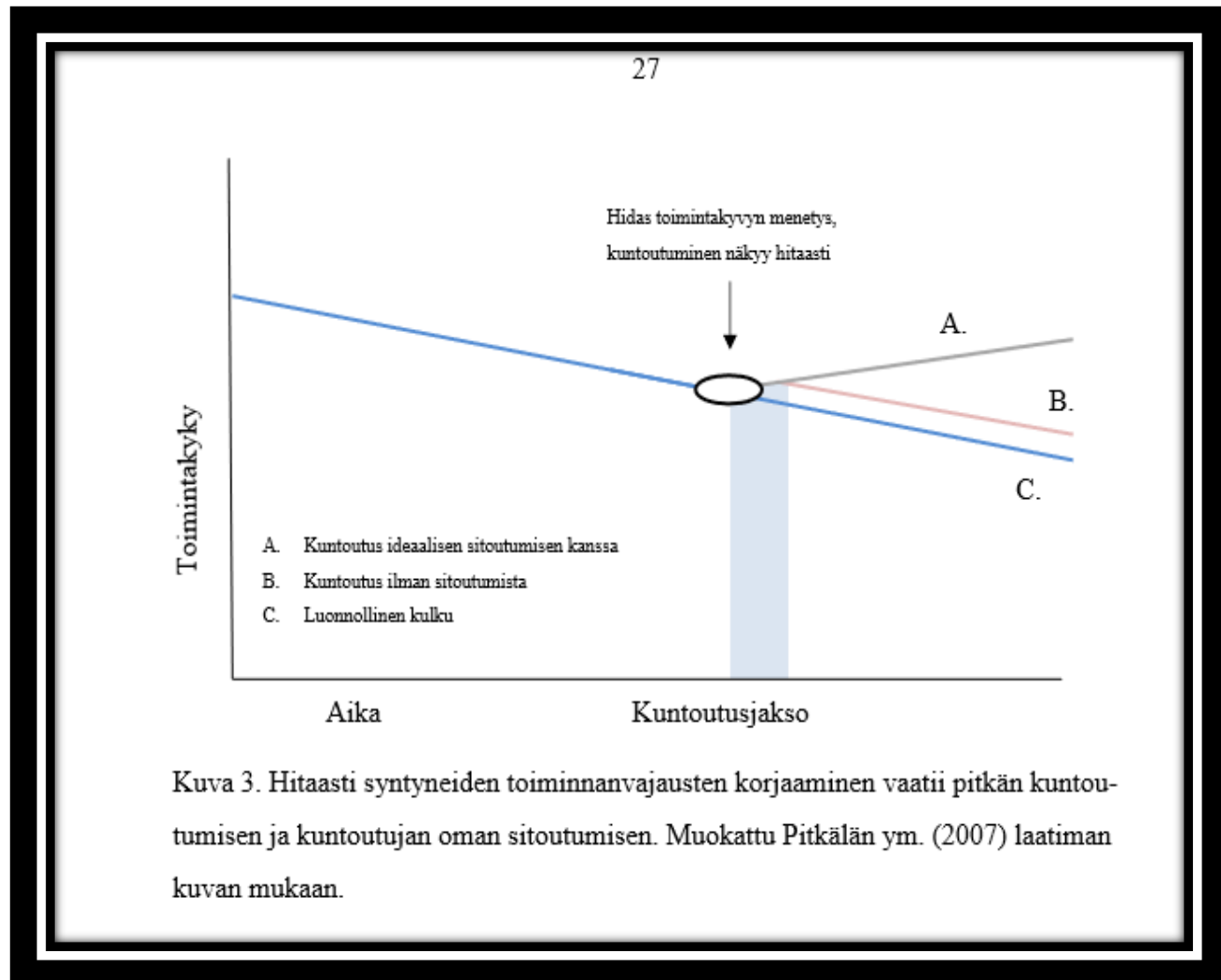


## KUNTOUTUKSEN AMMATTILAISEN ROOLI

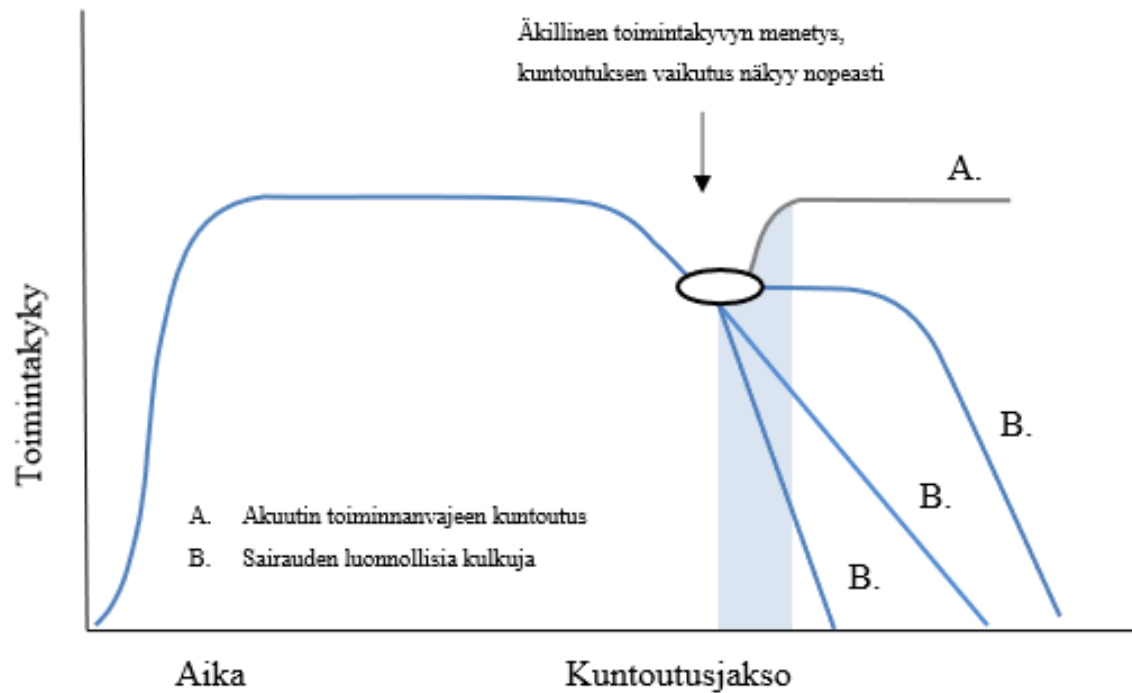
Erityisasiantuntijan pääasiallinen rooli on konsultointi; tehostetussa kk:ssa myös terapia

## MONITOIMIJUUS

# Kuntoutuminen, kun hidas toimintakyvyn menetys



# Kuntoutuminen, kun äkillinen toimintakyvyn menetys



Kuva 4. Äkillisessä toimintakyvyn menetyksessä nopean intervention vaikutus on merkittävä. Muokattu Pitkälän (2005) laatiman kuvan mukaan.

# TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS

Havaittu asiakkaan toimintakyvyn muutos/  
Huoli kotona-asumisen jatkumisesta

Osastot

Kotihoito

Arviointitiimi

## KOTIUTUSVAIHE

- Kuntoutus
- Orientoiva kotikäynti
- Sovittu kotiutuminen

Konsultoitu ja kokeiltu kotihoidon terapeuttien ohjeita.

## PERUSTEET tehostetulle kotikuntoutukselle täyttyvät!

- selkeä muutos aiempaan
- odotettavissa kuntoutumista
- asiakas on motivoitunut

## TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS

- Moniammatillinen alkuarviointi, jossa asiakas ja läheiset mukana
- Suunnitelma ja tavoitteet vanhuslähtöisesti ja konkreettisesti, sovitaan tehtävien jaosta
- Määräaikaista
- Sovitusti väliarviointi
- Moniammatillinen loppuarviointi, jossa mahdolliset jatkot sovitaan

# MIKSI?

- Intensiivisellä, määräaikaisella jaksolla pyritään siihen, että pitkällä tähtäimellä asiakas ei tarvitse kotihoidon palveluja tai tarve on vähäisempi  
→ säästöt
- Tutkimustietoa ja kokemusta: Eksotesta, Norjasta, Ruotsista (esim. Vardagsrehabilitering - kunskapsöversikt Pettersson; Iwarsson 2015)

## MUTTA:

- Vaatii tarpeeksi aikaa sekä henkilöstöresursseja!
- Muutosta työkuultuuriin – henkilöstön ohjaus ja koulutus (kuntouttava työote, ajan antaminen, asiakkaan äänen kuuleminen)

# TARKENNUSTA JA KÄSITTEITÄ

- Tässä malli tehostettuun kotikuntoutukseen
- Ei pelkästään muistisairaiden polkuun
  - muistisairas tukeutuu tuttuihin rutiineihin, tuttuun ympäristöön ja tuttuihin henkilöihin
  - muutokset on hyvä pitää riittävän hitaina ja pieninä; konkreettisiin asioihin sitoutuvina
- Kognitiiviset muutokset voivat johtua *myös muista* syistä kuin varsinaiseen muistisairauteen liittyvistä asioista.

# MONIAMMATILLISUUDESTA JA MONIALAISUUDESTA

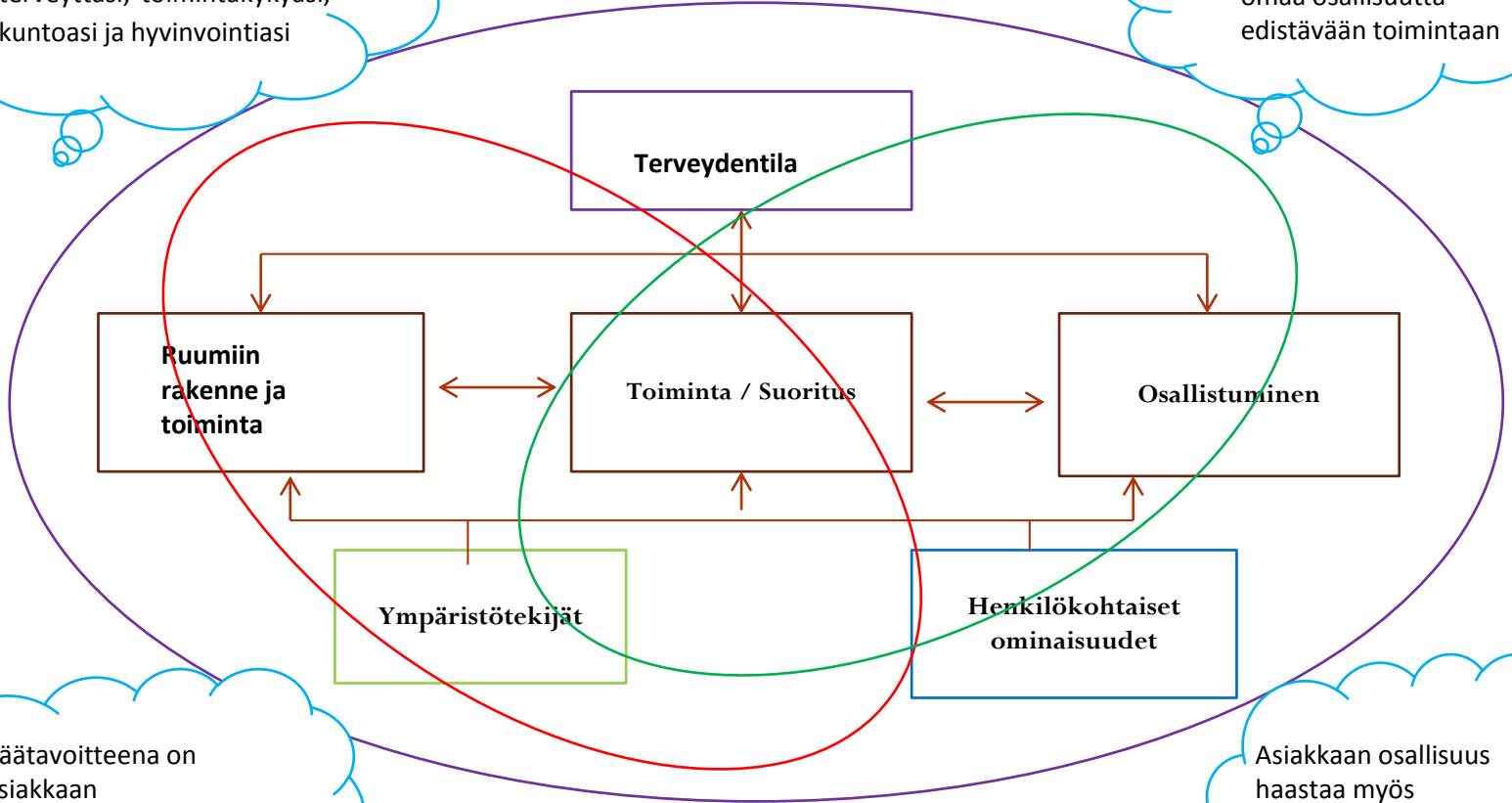
- *Moniammatillisessa* yhteistyössä asiaa pohditaan yhdessä, monesta eri näkökulmasta ja silloin tiimin työn tulos on enemmän kuin jokaisen sen jäsenen erillisen työn tulos (Payne 1982)
- *Monialainen* yhteistyö ottaa huomioon myös asiakkaan oman verkoston ja kiinnostuksen kohteet sekä kolmannen sektorin



ICF- kuvaukseen sovellettu tavoitevaikutus **PERINTEINEN KUNTOUTUS** / **MONIALAINEN KUNTOUTUS** / TAVOITTEENA YKSILÖN HYVINVOINTI

Miten voit itse edistää omaa terveyttäsi, toimintakykyäsi, kuntoasi ja hyvinvointiasi

Suunta omatoimisuutta ja omaa osallisuutta edistävään toimintaan



Päätavoitteena on asiakkaan voimaantuminen, toimintakyvyn ja osallisuuden edistäminen

Asiakkaan osallisuus haastaa myös työntekijöitä etsimään uutta näkökulmaa

# TEHOSTETTUUN KOTIKUNTOUTUKSEEN SIIRTYMINEN

- Sairaalajaksolta
  - suuri muutos toimintakyvyssä
- Kotihoidosta
  - huoli toimintakyvystä: kaatumisia tms.
  - terapeuttien konsultaatiot eivät yksin enää riitä
- Arviointitiimistä
  - huoli ja aloite arviosta omaiselta tms.

→ sovitaan suunnitellusti aloitettavaksi

TEHOSTETUN KOTIKUNTOUTUKSEN JAKSO

# KRITEERIT

- Toimintakyvyssä on tapahtunut äkillisesti suuri muutos
- Kuntoutumista on odotettavissa tapahtuvaksi
- Asiakas on itse motivoitunut ja pystyy määrittelemään oman tavoitteen
- Kuntoutus on oikea-aikaista
- Hyötyjiä ovat ne, joilla on *monenlaisia syitä* toimintakyvyn alenemiselle ja ne, joilla toimintakyvyn muutos entiseen on suuri ja on *välttämätöntä opetella kokonaan uusia tapoja* toimia kotona

# MILLOIN TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS EI OIKEA MUOTO

- Kaikki kotiutujat eivät tarvitse tehostettua kotikuntoutusta
- Jos on selkeä yksi ongelma, niin hyvä sosiaalinen tukiverkko (joka voi olla myös tuttu kotihoito) ja hyvä fyysinen ympäristö voivat tukea kotiutumista niin, että se voidaan tehdä tehostettua kotikuntoutusta kevyemmin toimin
- Asiakas on liian hyväkuntoinen
- Asiakas on liian huonokuntoinen
  - ei pysty osallistumaan tavoitteenasetteluun
  - esim. pitkälle edennyt muistisairaus

# TEHOSTETTUUN KOTI-KUNTOUTUKSEEN SIIRTYMINEN OSASTOLTA 1/2

- Suunnittelu alkaa jo osastolle tullessa, selvitetään kuntoutujan taustaa
  - Miten asuu? Yksin, yhdessä jonkun kanssa?
  - Missä asuu? Kerrostalo, omakotitalo? Hissit, raput, kynnykset? Pesutilat ym.? Keskustassa, kaukana keskustasta?
  - Kuntoutujan oma näkemys ja tavoite
- Ympäristöstä saatava apu ja läheisten osuus
- Elämänhistoriaa
  - Sairaudet ja vammat
  - Vahvuudet ja yksilölliset ominaisuudet
  - Vahvat kokemukset, esim. sota-aika, menetykset, onnistumiset

# TEHOSTETTUUN KOTI-KUNTOUTUKSEEN SIIRTYMINEN OSASTOLTA 2/2

- Osastokuntoutuksen aikana orientoiva kotikäynti
  - tietoa kuntoutujalle itselleen ja työntekijöille
  - motivaatio kotiutumiselle → harjoittelu
  - kotiloma
- Kotiutuminen suunnitellusti - päivä sovittuna etukäteen
- ”Saattaen vaihto” tehostettuun kotikuntoutukseen

# TEHOSTETUN KOTIKUNTOUTUKSEN PERUSTEITA

- Määräaikainen (nyt enintään 4 viikkoa) ja intensiivinen, jopa useita käyntejä päivässä
- Moniammatillinen tai –alainen, sisältää yhteiskäyntejä
- Alkaa sopimuksesta, jossa asiakas ja läheinen ovat mukana
- Sovitaan konkreettiset tavoitteet: mitä asiakas haluaa saavuttaa
  - esim. käydä itse WC:ssä, pukeutua itse, keittää tai lämmittää ruoan itse, käydä kaupassa itse tai jonkun mukana, käydä kerhossa, konsertissa, teatterissa tms.
  - olla yhteydessä läheisiinsä tai omaisiinsa, hoitaa raha-asiansa tms.
- Tehdään suunnitelma arvioinnin mukaan (SPPB, COPM, GAS)

# ARVIOINTI JA TAVOITTEENASETELU

- Kokonaisvaltainen arviointi, jossa huomioidaan asiakkaan elämäntilanne ja merkitykselliset toiminnot
- Väliarviointeja jakson aikana
- Arvioinnin perusteella asetetaan asiakkaan, omaisen, hoitajan, ft:n ja tt:n yhteisessä tapaamisessa konkreettinen tavoite, joka on mahdollista pilkkoa pienempiin osiin
- Tavoite on asiakkaan oma - ammattilaisten tehtävänä on huolehtia tavoitteen realistisuudesta sekä kirjaamisesta konkreettiseen ja mitattavaan muotoon (GAS)
- Väliarviointi
- Loppuarviointi → jatkosuunnitelma



# NÄKÖKULMIA KUNTOUTUMISEEN JA SEN TUKEMISEEN

- Kuntoutujan näkökulma:
  - Mitä tavoittelen? Miten haluan kotonani elää ja toimia?
  - Mikä on minun tehtäväni?
- Omaisen tai läheisen näkökulma:
  - Mitä toivoisin omaiseni voivan/kykenevän tehdä?
  - Miten omaisena /läheisenä tuen kuntoutujaa?
  - Mistä asioista voin omaisena huolehtia?
- Hoitajan näkökulma:
  - Miten voin tukea riittävän ravitsemuksen, oikean lääkityksen, hygienian ym. toteutumisessa?
  - Miten arvioin toimintakyvyn edistymistä, mitä asiakas voi tehdä itse?
  - Miten kannustan osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan?

- Fysioterapeutin näkökulma:
  - Miten tuen kuntoutujan *kykyä ja mahdollisuutta liikkua* riittävästi? Voiman ja tasapainon turvallinen kehittäminen erilaisten toimintakykyä heikentävien tapahtumien jälkeen, jotta toiminnat olisivat jälleen mahdollisia.
  - Tieto esim. murtumien jälkeisestä toipumisen prosessista.
  
- Toimintaterapeutin näkökulma:
  - Miten *mahdollistan* kuntoutujalle hänelle tärkeiden tehtävien tekemisen?
  - Miten kognitiivisten asioiden, kuten hahmottamisen vaikeudesta huolimatta, voidaan löytää keinot toiminnalle?
  - Miten kuntoutuja voi osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan; käydä kaupassa, harrastuksissa, pitää yhteyttä omaisiin ym. ja toteuttaa omia roolejaan (isovanhempi, puoliso, liikkuja, harrastaja...)
  - Tieto AVH-potilaan kuntoutumisen prosessista

- Sosiaalityöntekijän näkökulma:
  - Onko oikeat etuudet kohdallaan? Kuljetuspalvelu, hoitotuet, omaishoitajuus jne.
- Lääkärin näkökulma:
  - Onko terveydentilan hoidettavissa olevat asiat kunnossa; lääkitys ym.?
  - Päätös tehostetun kotikuntoutusjakson aloittamisesta??

# KAIKKIEN NÄKÖKULMAA:

- Onko toimintaympäristö turvallinen?
- Tarvitaanko apuvälineitä? Mitä?
- Tarvitaanko asunnon muutoksia?
- Tarvitaanko kolmatta sektoria, ystäväpalvelua ym.?  
→havaintsija konsultoi tarpeen mukaan apuvälineyksikköä, fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, sosiaalityöntekijää jne.
- Korvat ja silmät herkällä; *mitä tämä kuntoutuja viestii!* Mikä on hänelle *tärkeää* hänen omassa elämässään? *Miten tuemme häntä?*

# GOAL ATTAINMENT SCALING GAS

- Yksilöllisesti asetettava tavoite
  - Mieluummin tavoiteltu muutos kuin ongelmaan keskittyminen
- Asiakkaalle merkityksellinen
- Selkeä mittari, joka on arvioitavissa
- Kelan ja kansainvälisen tutkimuksen mukaan GAS on hyvä ja luotettava muutoksen seurannan apuväline (Sukula 2013)
- Haasteena mittarin asteikon laadinta, joka kannattaa miettiä huolella

# SYLVI SUOMALAINEN, 84

Sylvi asuu nyt hissillisessä kerrostaloasunnossa yksin, puoliso on kuollut hiljattain. Sylvi on käynyt eläkeläisten kerhoissa ja sieltä hänellä on joitakin ystäviä.

Hänen verenpaineensa on ollut korkea, samoin veren sokerit. Liikkuminen on ollut kulumien vuoksi vaikeaa, käytössä ollut ulkona rollaattori. Kotityöt hän on tehnyt itse.

Sitten tuli aivoverenkierron häiriö; infarkti joka ehdittiin liuottaa LKS:ssä. Toipuminen lähti käyntiin K3:lla.

Kuntoutus > alkuvaiheen hoitokokous, jossa poika mukana > kuntoutus> ystävät tukena > orientoiva kotikäynti p-tuolissa >kuntoutus osastolla jatkuu > kotiutus sovitusti ja tehostettu kotikuntoutus + kotiutustiimin tuki > vähitellen toimintakyky edistyy (puhe ja hahmotus kehittyvät, oppii pukemaan, käymään WC:ssä itse jne.

Sylville tärkeä asia on aamukahvi tv:n aamusarjan ääressä.

# SYLVIN GAS-ASTEIKKO

- 2 (nykytaso) Hoitaja keittää kahvin, ei osallistu toimintaan
- 1 Hoitajan avustamana kaataa veden keittimeen, laittaa suodatinpussin ja purut
- 0 (tavoitetaso) Saa keitettyksi kahvin keittimellä itse, kun hoitaja jättää vesiastian ja kahvinpuruastian pöytätasolle
- 1 Saa otettua itse vettä hanasta, kahvipurkki on vihjeenä keittimen vieressä
- 2 Saa keitettyksi kahvin täysin itsenäisesti silloin kun haluaa. (keittimessä automaattinen virran aikakatkaisu)

# ETUKÄTEEN LÄHETETYT KYSYMYKSET

- Toteutetaanko teillä kotiutusvaiheessa tehostettua kotikuntoutusta, jos toteutetaan, niin millä tavoin?
- Millä perusteella kunnassanne pitäisi ottaa tehostetun kotikuntoutuksen piiriin?
- Teettekö moniammatillisia kotikäyntejä yhdessä? Teettekö suunnitelmat moniammatillisesti yhdessä?
- Millaisissa tilanteissa mahdollisesti tarvitsette mukaan asiantuntijan, jota kunnastanne ei löydy? Millaisen asiantuntijan?



# JATKON OHJELMA

- Torstaina 26.11. klo 14-15:30 ”Kuntouttava kotihoito”
  - Etäyhteyksillä  
(Omaishoitajien viikko, joten tarjotkaa omaishoitajille mahdollisuutta osallistua)
- Tiistaina 15.12. klo 8:30 – 15:00 seminaari Rovaniemellä  
”Moniammatillisuus vanhuspalveluissa – tehtävälähtöisestä toiminnasta vanhuskeskeisempään työskentelyyn”