



# Kotikuntoutus

Kotikuntoutustyöryhmä

Marita Ylilahti pj

# Kotikuntoutus

- Kotikuntoutuksen työryhmä on käsitellyt kotikuntoutusta asiakkaan, kotihoidon ja päivätoiminnan näkökulmasta lähipalveluna.
- Kotikuntoutusehdotus on osa hoitoketjua, joka vaatii kiinnittymisen maakunnan laajempaan kuntoutumisen hoitoketjuun.

# Kuntoutuksen tavoite

- Asiakkaan yleiskunnon ja toimintakyvyn paraneminen, ylläpitäminen tai heikkenemisen hidastuminen.
  - omassa kodissa
  - asumispalveluissa: tehostettu ja tavallinen, perhehoidossa, vuorohoidossa, ryhmäkodissa
  - sairauden tai tapaturman yllättäessä sairaalahoidossa
- Kotikuntoutus toteutetaan lähipalveluna mm. omana toimintana, asiakassetelillä, henkilökohtaisella budjetilla
- Vaativa kuntoutus maakunnallisena geriatrisena kuntoutuksena

**Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toiminta, toimintakyvyn arviointijakso (taso I)**  
ASIAKASOHJAUS

Huoli herännyt arjessa pärjäämisestä, Riskiryhmät

Kuntouttava päivätoiminta/muut omatoimisuutta ja voimavaroja tukevat ryhmät/palvelut, yhteisöt, järjestöt, omaharjoittelun tuki ym. palvelut

Kuntoutustarpeen arviointi, Apuvälinetarpeen ja kodin muutostöiden arviointi, Palvelutarpeen arviointi, Riskikartoitus (esim. KaatumisSeula, RAI-screener)

**Kuntoutus arjessa (taso II)**  
ASIAKAS, LÄHEISET, KOTIHOITO, ASUMISPALVELUYKSIKÖT, FT, TT, LÄÄKÄRI

Säännöllisen kotihoidon piirissä, vuorohoitoyksikössä ja asumispalveluissa olevat, omaishoito.

Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä omaharjoittelu kuntoutumisen suunnitelman mukaan. Kotihoito ja asiantuntijoiden tuki, suunnitelmallinen arviointi. Huom! Kelan harkinnanvaraiset kurssit.

Asiakassuunnitelmaan kuntoutumisen suunnitelma toimintakyvyn ylläpitoon/parantamiseen yhdessä asiakkaan/omaisten kanssa FT / TT Omaishoidon sopimus, hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

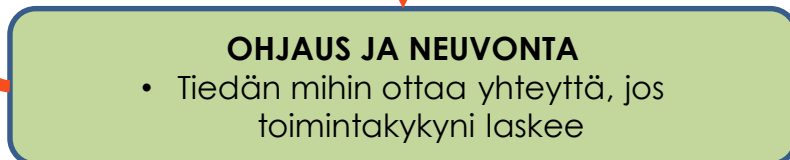
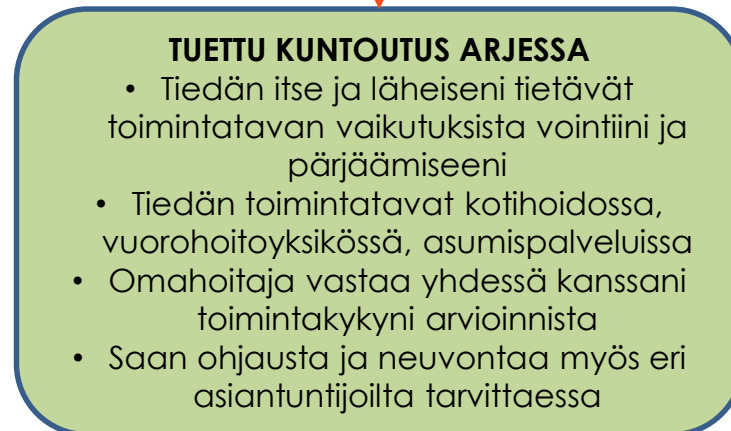
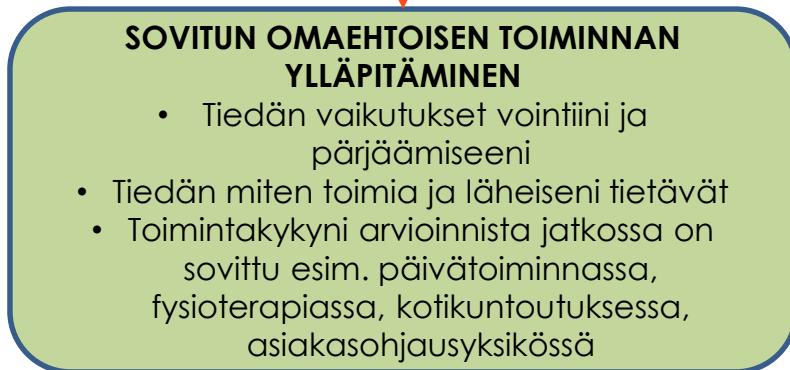
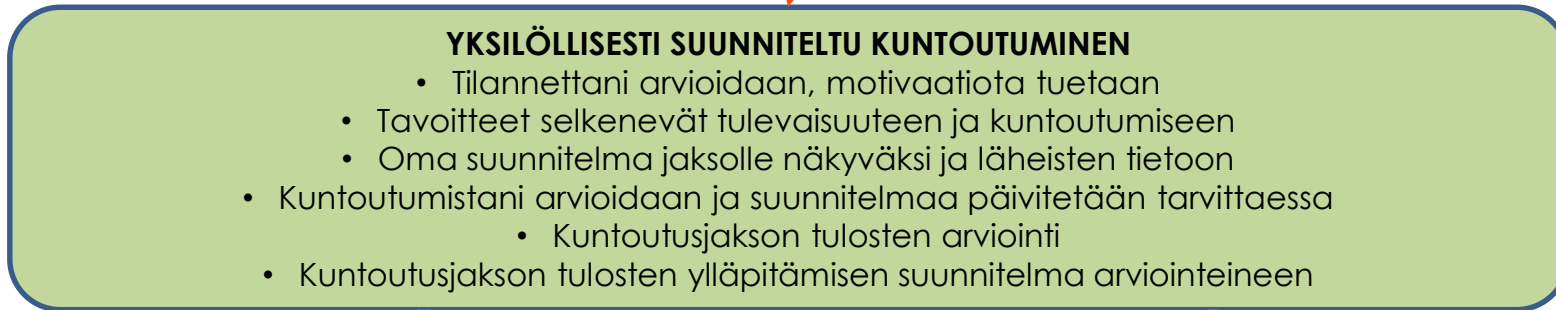
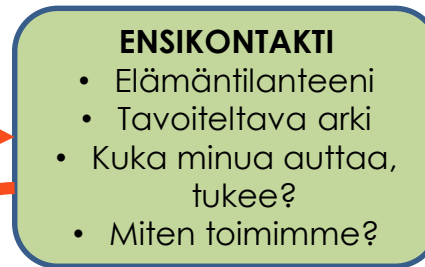
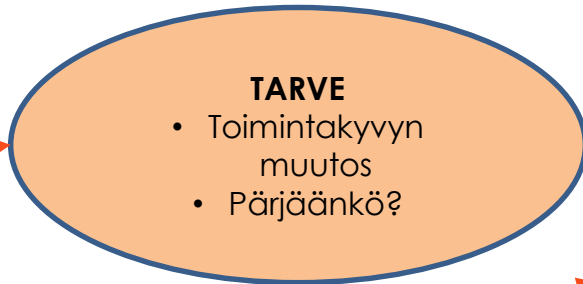
**Tehostettu kotikuntoutus (taso III)**  
ASIAKAS, LÄHEISET, FT, TT, KOTIHOITO, ASUMISPALVELUYKSIKÖT, LÄÄKÄRI

Sairaalasta kotiutuvat, Äkillisesti toimintakykyään menettäneet

Kuntoutumisen suunnitelma tehdään konkreettisenä asiakkaan arjessa, hänen tarpeistaan lähtevänä kuntoutuksen polkuna. Suunnitelmaa toteutetaan yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa ja suunnitelmaa päivitetään. Voidaan toteuttaa osittain etäkuntoutuksena. Palvelutarve arvioidaan kotona.

Jakso 2-8 vk, käyntejä 1-4/pv moniammatillisesti toteutettuna. Seurantajakso 3- 6 kk kuluttua. Tavoitteena mahdollisimman omatoiminen arki. Huom! Kelan harkinnanvarainen moniammatillinen yksilökuntoutus.

# Tehostettu kotikuntoutus asiakkaan silmin



Huoli  
pärjäämisestä

- Arvioidaan kotikuntoutuksen mahdollisuuksia ja soveltuvuutta asiakkaalle, motivaatiota, konsultoiden tarvittavia asiantuntijoita
- Asiakas ilmoittaa halukkuutensa kotikuntoutukseen

Tarpeen  
arviointi

- Kotikäynti/ asiakas, läheinen, asiakasohjaaja, mahdollinen hoitohenkilöstö
- Käytetään asiakkaan ja läheisen haastattelun tukena, mittareita (esim. Kaatumisvaara, SPPB, EMS, RAI), fysioterapeutti, toimintaterapeutti, mahdollinen lääkärin konsultointi
- Fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen, sosiaalisen kuntoutustarpeen arvio

Tavoitteet ja  
suunnitelma

- Sovitaan konkreettiset tavoitteet ja millaisena kuntoutus toteutetaan (Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toimintana, kuntoutuksena arjessa vai tehostettuna kotikuntoutuksena)
- Käyntien sisältö määritellään huomioiden tarpeet tavoitteineen kokonaisvaltaisesti
- Kuntouttava päivätoiminta, Kuntoutus arjessa (asiakassuunnitelmassa), Tehostettu kotikuntoutus (esim. 2-8 viikkoa)

Toteutus

- Aktivointia ja kuntoutusta suunnitelman mukaan, omaharjoittelun tuki mm. etäkuntoutuksen keinoin
- Toimintakykyä arkeen arjessa, lähiomaisten tukeminen ja ohjaus
- Palveluverkoston mahdollisuudet hyödynnetään

Arviointi

- Kuntoutumisen edistymisen ja vaikuttavuuden arviointia arjessa suunnitelmallisesti, tarvittavia mittareita käyttäen
- Tehdään johtopäätökset kuntoutuksen jatkamisesta/suunnitelman päivytyksestä
- Loppuarviointi toteutetaan sovitusmäärin määritellen kuntoutuminen jatkossa

Arki

- Kuntoutuminen arjessa jatkuu
- Arjen sujumisen arviointi sovittuna ajan (esim. 3kk) jälkeen, sovittulla tavalla
- Asiakkaalla ja läheisellä mahdollisuus yhteydenottoon tarvittaessa

Tavoitteena on tukea ja parantaa asiakkaan kotona selviytymistä kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla sekä ennaltaehkäistä toimintakyvyn laskua

#### Testaus ja arviointi LH/SH/FT

- RAI
- SPPB (fyysinen suorituskyky)
- Apuvälinetarpeen arviointi
- Asuinympäristön kartoittaminen
- Kaatumisvaaran arviointi

#### TOIMINTAKYVYN KIRJAAMINEN

#### ASIAKASSUUNNITELMAN LAATIMINEN MONIAMMATILLISESTI (sisältäen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman)

#### Kirjaaminen

- **Tavoitteet:** Asiakassuunnitelmaan
- **Keinot:** Asiakassuunnitelmaan ja digitaaliseen toiminnanohjausjärjestelmään
- Tavoite ja keinot asiakkaalla/ omaisilla näkyvillä arjessa

#### Asiakkaan tavoitteet, konkreettiset arkitoimintoihin liittyvät

- Kokonaistavoite  
*Valmistaa aamupuuron omatoimisesti*
- Osatavoitteet 1-3  
*Mittaa veden ja hiutaleet kattilaan sanallisella ohjauksella*
- Keinot tavoitteen saavuttamiseksi  
*Valmistaa aamupuuron yhdessä hoitajan kanssa päivittäin*

#### Toteutus

- Asiakkaan asettamat tavoitteet ohjaavat arkitoimien toteutusta ammattiryhmästä tai käyntiajasta riippumatta
- Omatoimisuuden tukeminen kaikessa arjessa
- Omaisten osallistaminen ja informointi
- Yhdessä tekeminen

#### Jatkuva seuranta ja arviointi hoitajien toimesta

- Viikoittainen kuvaileva kirjaaminen asiakkaan arjen toiminnoista
- Asiakkaan/ omaisten kokemus ja näkemys arjesta
- Asiakassuunnitelman ja tavoitteiden päivittäminen toimintakyvyn muuttuessa tai vähintään 6kk välein

#### Fysioterapeuttin arviointi ja ohjaus tarvittaessa

- Hoitajan yhteydenoton perusteella

### FYYSINEN

#### Lihaskoivuus & tasapaino

- Siirtymiset kotona (vuoteesta, wc:ssä, portaissa)
- Tuolilta seisomaan nousu
- Pyykkien laittaminen kuivumaan/ astiat kaappiin
- Henkilökohtaiset liikeharjoitteet

#### Liikkuvuus

- Pukeutuminen, peseytyminen
- Hiusten kampaaminen

#### Kestävyys ja ulkoilu

- Postin hakeminen, roskien vienti
- Kävelylenkki sisällä/ulkona
- Kodin ulkopuolinen asiointi avustettuna/ itsenäisesti

### SISÄLTÖÄ KUNTOUTUKSEEN ARJESSA

#### PSYKOSOSIAALINEN

##### Keskusteleminen

- Motivointi ja kannustaminen omatoimisuuteen
- Osallistaminen arkitoimiin
- Arkiaktiivisuuden tärkeyden perusteleva

##### Kuunteleminen

- Kiireettömyys
- Ymmärtäminen

##### Ohjaaminen

- Harrastuksiin ja ryhmiin
- Omaisten kanssa yhdessä tekemiseen

#### OIKEANLAINEN/ RIITTÄVÄ RAVITSEMUS JA LÄÄKEHOITO

- Lisäravinteet

### KOGNITIIVINEN

#### Muisti- ja hahmottamisharjoitteet

- Pukeutumisjärjestys
- Pesukoneen/ lieden/ kahvinkeitin käyttäminen
- Viikonpäivän/vuodenajan kysyminen
- Ajankohtaisista asioista keskusteleminen ja elämäntulon muisteleminen

#### Heikkenevien taitojen vahvistaminen ja uudelleen opettelu

- Sanallinen ohjaus/ mahdollisimman pieni avustus

#### Lukeminen ja kirjoittaminen

- Lehdet ja kirjat helposti saatavilla
- Musiikki, laulut
- Käsitöihin, ristasanatehtäviin ym. kannustaminen

5.6.2018

## TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS III-taso (kesto 2-8 viikkoa)

Tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen vähintään toimintakyvyn laskua edeltäneelle tasolle

**ASIAKKAAN JA OMAISTEN MOTIVAATIO JA SITOUTUMINEN RATKAISEVAT TEHOKUNTOUTUSJAKSON ALOITUKSEN**  
→ Päätös kuntoutuksen aloittamisesta

**Testaus ja arviointi LH/SH/FT/TT**

- RAI, SPPB (fyysinen suorituskyky)
- Apuvälinetarpeen arviointi / kotiutuessa osastolta
- Asuinympäristön kartoittaminen
- Kaatumisvaaran arvio
- Ajantasainen lääke- ja kivunhoito
- Ravitsemus/ lisäravinteiden tarve

**Kuntoutumissuunnitelman laatiminen asiakkaan ja omaisten kanssa moniammatillisesti**

**Kuntoutumissuunnitelman asteittain etenevien tavoitteiden ja keinojen kirjaaminen viikoittain**

- digitaaliseen toiminnanohjausjärjestelmään
- Asiakkaan ja omaisten nähtäville

**Seuranta ja arviointi**

- Päivittäinen kuvaileva kirjaaminen kuntoutuksen toteutumisesta (lh/sh/kuntoutusvastaava)
- Asiakkaan/ omaisten kokemus ja näkemys kuntoutumisesta

**Toteutus**

- Kaikki hoitoon osallistuvat tahot tähtäävät asiakkaan kuntoutumiseen käyntiajasta riippumatta
- Tiivis yhteistyö ja yhtenevät toimintatavat kaikilla hoitoon osallistuvilla tahoilla (hoitajat, kuntoutusvastaava/ fysioterapeutti, omaiset, intervalli, kotitustiimi)

**Esimerkki viikko**

**Tavoite 1:** *Nousee vuoteesta omatoimisesti*

**Osatavoitteet:** *Nousee vuoteesta pienellä avustuksella/ sanallisella ohjauksella*

**Keinot:** *Harjoittelee päivittäin vuoteesta nousua oikean kyljen kautta hoitajan avustamana*

**Tavoite 2:** *Kävelee omatoimisesti makuuhuoneesta keittiöön rollaattorin turvin*

**Osatavoite:** *Kävelee makuuhuoneesta keittiöön rollaattorin turvin hoitajan varmistaessa*

**Keinot:** *Ft:n laatimien liikeharjoitteiden suorittaminen päivittäin hoitajan/ omaisen ohjaamana*

**Fysioterapeuttinen kuntoutus viikoittain**

- seuranta, arviointi ja kirjaaminen
- Tavoitteiden tarkastaminen ja päivittäminen

**Testaus ja arviointi viimeistään 8 viikon tehostetun tehostetun kotikuntoutusjakson jälkeen moniammatillisesti**

- RAI (osittain), SPPB
- Päätös kuntoutusjakson lopettamisesta/jatkamisesta

Siirtyminen kuntoutukseen arjessa / kotihoidon käyntien vähentäminen tai lopettaminen

### FYYSINEN

- FYSIOTERAPEUTTINEN KUNTOUTUS

**Lihaskoivu & tasapaino**

- Siirtymiset kotona (vuoteesta, wc:ssä, portaissa)
- Tuolilta seisomaan nousu
- Pyykkiä laittaminen kuivumaan/ astiat kaappiin
- Henkilökohtaiset liikeharjoitteet

**Liikkuvuus**

- Pukeutuminen, peseytyminen
- Hiusten kampaaminen

**Kestävyys ja ulkoilu**

- Postin hakeminen
- Roskien vienti
- Kävelylenkki sisällä/ulkona
- Kodin ulkopuolinen asiointi avustettuna
- Asiointi kodin ulkopuolella itse

### TEHOSTETUN KOTIKUNTOUTUSJAKSON SISÄLTÖ

#### PSYKOSOSIAALINEN

**Keskusteleminen**

- Motivointi ja kannustaminen omatoimisuuteen
- Osallistaminen arkitoimiin
- Arkiaktiivisuuden tärkeyden perusteleva

**Kuunteleminen**

- Kiireettömyys
- Ymmärtäminen

**Ohjaaminen**

- Harrastuksiin ja ryhmiin
- Omaisten kanssa yhdessä tekemiseen

#### OIKEANLAINEN/ RIITTÄVÄ RAVITSEMUS JA LÄÄKEHOITO

- Lisäravinteet

#### KOGNITIIVINEN

**Muisti- ja hahmottamisharjoitteet**

- Pukeutumisjärjestys
- Pesukoneen/ liedien/ kahvinkeitin käyttäminen
- Viikonpäivän/vuodenajan kysyminen
- Ajankohtaisista asioista keskusteleminen ja elämäntietojen muisteleminen

**Heikkenevien taitojen vahvistaminen ja uudelleen opettelu**

- Sanallinen ohjaus/ mahdollisimman pieni avustus

**Lukeminen ja kirjoittaminen**

- Lehdet ja kirjat helposti saatavilla
- Musiikki, laulut
- Käsitöihin, ristisanatehtäviin ym. kannustaminen



# Kuntouttava päivätoiminta 1/2

Hyvinvointia tukevaa ja kuntouttavaa fyysistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintaa

**Tavoite: tukee ikääntyneen kotona asumista ja osallisuutta, mahdollistaa sosiaalisiin suhteisiin ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin**

- Kehittää ja ylläpitää lihasvoimaa ja tasapainoa, ennaltaehkäisten kaatumisia ja helpottaen arjessa toimimista
- Aktivoi ajattelua ja johtopäätösten tekoa, hidastaen muistisairauksien etenemistä
- Yhdessäolo kohottaa mielialaa ja itsetuntoa
- Edistää läheisten ja omaishoitajien hyvinvointia lisäten vapaa-aikaa

**Parhaaseen lopputulokseen päästään, kun kuntoutus on säännöllistä, pitkäkestoista, tavoitteellista ja nousujohteista (testit).**

# Asiakasohjausyksikön kautta kuntouttavaan päivätoimintaan 2/2

- Palveluun ohjautuvat henkilöt, joilla vaikeuksia päivittäisissä toimissa kotona
- Toteutetaan määräaikaisena (6kk), jonka jälkeen arvioidaan jatko
- Kokopäiväinen toiminta hyväkuntoisimmille 5-6 h
  - Osapäiväinen heikompikuntoisille ja toimintakykyä ylläpitävänä
- Mielenterveysasiakkaille omat ryhmät
- Osaava henkilöstö esim. SH, FT, LH, koulutukset
- Yhdistysten, yritysten ja järjestöjen palvelut vaihtoehtona asiakassetelillä

# MAAKUNNAN YHTEINEN TOIMINTAMALLI

## HENKILÖSTÖ

- HENKILÖSTÖN YHTEISET KOULUTUKSET
- TOIMINNAN ARVIOINTI, TESTIT, LAITTEET, MITTARIT
  - SÄÄNNÖLLISET ASIAKASPALAUTTEET
- ETÄYHTEYSTAPAAMISET 2X/VUOSI
  - OSAAMISEN HYÖDYNTÄMINEN, TIEDON JAKAMINEN, VERTAISTUKI

## PÄIVÄN SISÄLTÖ

- KOKOONTUMINEN/ALOITUS
- FYYSINEN TOIMINNALLISUUS (KUNTOSALI, TASAPAINO)
  - LOUNAS
- SOSIAALINEN JA KOGNITIIVINEN TOIMINNALLISUUS, AIVOHYVINVOINTI (PELIT, MUISTIPELIT, TUOLITANSSI, LAULU, MUISTELU, TANSSI JNE.)  
  
KAHVIT  
  
PÄIVÄN PÄÄTÖS

## PERIAATTEET

FYYSISEN, PSYYKKISEN, KOGNITIIVISEN TAI SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN ALENEMA TAI SEN UHKA

MATALA KYNNYS - YHTEYDENOTTO RIITTÄÄ

TOIMINTA SUUNNITELMALLISTA JA TAVOITTEELLISTA

VUOSISUUNNITELMA/6KK

- RYHMÄTAVOITTEET, YKSILÖTAVOITTEET

# Etäkuntoutus 1/2

- Erialaisten teknologisten sovellutusten tavoitteellista hyödyntämistä kuntoutuksessa (tv, tabletti, puhelin, tietokone...)
  - Tarvitaan laitteet - aloituskustannukset, toimivuus eri alueilla epävarmaa
  - Suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutujan, läheisen ja ammattilaisen yhteistyönä
- Soveltuu muun kuntoutuksen jatkoksi tai yhteyteen (yksilöllisenä tai ryhmille) ja mahdollistaa kuntoutuksen asiakkaan omassa arkiympäristössä pitkienkin matkojen päähän (esim. puheterapia)
- Tavoitteena on liikunta- ja toimintakyvyn sekä hyvän elämänlaadun edistäminen tukemalla itsenäistä toimintaa voimavaralähtöisesti
- Vaatii henkilöstöltä koulutusta ja innostusta uuden kokeiluun
- Kuntoutuksen vaihtoehto ja mahdollisuus tulevaisuudessa

# Etäkuntouksen haasteet ikäihmisillä 2/2

- Toimivat laitteet asiakkaalla  
(kosketusnäyttö/kamerat/äänen kuuluvuus)
- Yhteyden säilyminen
- Kommentointimahdollisuudet/kysymykset
- Ohjauksen tarkkuus – oikeat asennot – seuranta
- Ohjeiden ymmärtäminen, kriteerit
- Omaisen/läheisen läsnäolo

# Henkilöstön osaamisen kehittäminen

- **Kuntouttava päivätoiminta, kotikuntoutus**
  - Henkilökunnan koulutus ikäihmisten liikuttamiseen (esim. Kinestetikka®), toimintakyvyn ylläpitämiseen ja aivohyvinvoinnin kehittämiseen
  - Koulutuksen myötä uskalluksen, innovatiivisuuden ja motivaation nosto
- **Etäkuntoutus**
  - Etäkuntoutuskoulutus maakunnan eri alueiden asiasta innostuneille fysioterapeuteille

# Pilotti kotikuntoutuksesta 1/2

## KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN KOTOA – KOTIIN

- 65v täyttäneet lonkkamurtumapotilaat, joiden kuntoutuminen jatkuu kotikuntoutuksena
  - **Seinäjoen kotihoito** alk. vk 11: potilaat, joilla kotihoidon asiakkuus (2 hlö) eikä vuorohoitoa
    - Teija Ulvila (kotihoidon asiakaskoordinaattori) p. 044 418 1031 klo 8-14
  - **Seinäjoki terveystakeskus**: 2 henkilöä
    - Anne Eikkula (fysioterapeutti/tk) p. 06 425 8837
  - **Järvi-Pohjanmaa** (Alajärvi, Vimpeli): kaikki (2 hlö), paitsi asumispalveluiden piirissä olevat
    - Päivi Joensuu (asiakasohjaus) p. 040 183 3433
  - **Lapua** kaikki
    - Anna-Kaisa Latvala (fysioterapeutti/kotihoito) p. 044 438 4978 klo 7.30-14
- Ortogeriatrinen tiimi
  - Kotiutusvalmiuden arviointi
  - Ohjeistus kuntoutumisen jatkumiseksi kotona
  - Yhteys lähipalveluihin

# Pilotti kotikuntoutuksesta 2/2

## Ongelmakohtia/haasteita:

- Alueittain erilainen toimintatapa > hankaloittaa kuntoutuksen tuen saantia (kuka saa kotikuntoutuksen palveluita ja mistä?), asiakasohjausyksikkö yksiselitteinen?
- Tieto ei kulje
  - keskussairaalaan tai keskussairaalaan kotihoitoon/kotikuntoutukseen (Oios kartan yhteystiedot, ajan puute, näkymien oikeudet rajattuja)
  - Terapeuteilla ei riittävästi tietoa asiakkaista (ennakoiva kotikäynti ei ole toteutunut, terapeutit eivät näe suunnitelmaa potilaskertomuksesta)
  - Yhteydenotto terapeuttiin ennen kotiutusta erittäin tärkeä, puhelin, piikkiviesti/effica
  - Kuntoutumisen/kuntouttamisen ohjeistus osastolta puutteellinen/liian vaikea, tieto ei liiku/löydy
  - Tiedon liikkuminen ajoissa kotiutuvasta> kenelle tieto?
  - Kodin muutostyöt ajoissa, kuka tekee
- Geriatrinen riskiarviointi olisi ideaali
  - Yli 65v. lonkkamurtumapotilaille tulee vain geriatrin loppuarvio, joka sisältää jatkosuunnitelman, elektiiivisissä arvion tekee ortopedi
- Koulutuksen tarvetta mm. Kinestetiikka®