

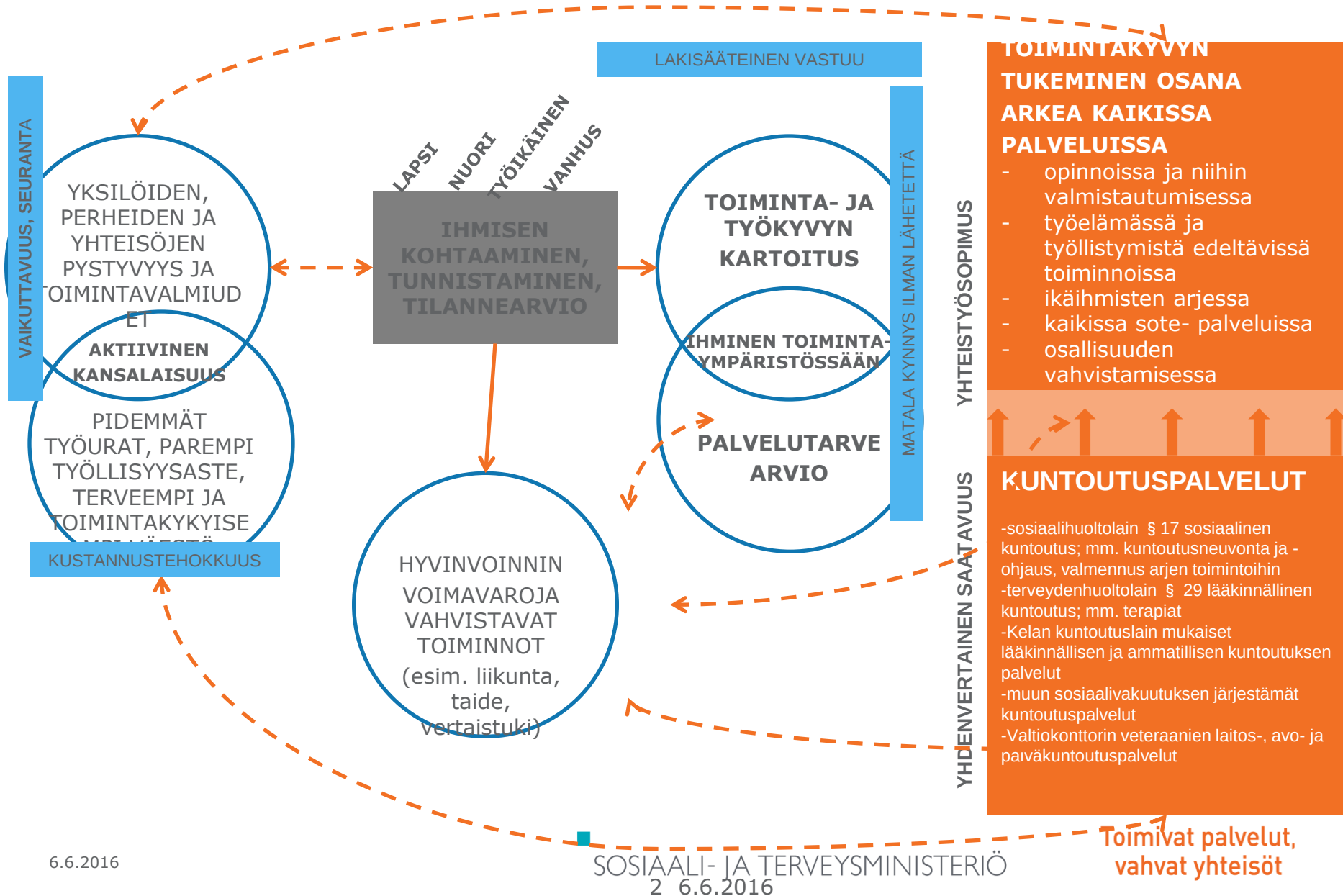
Kuntouttamismalleista

Hanna Nyfors

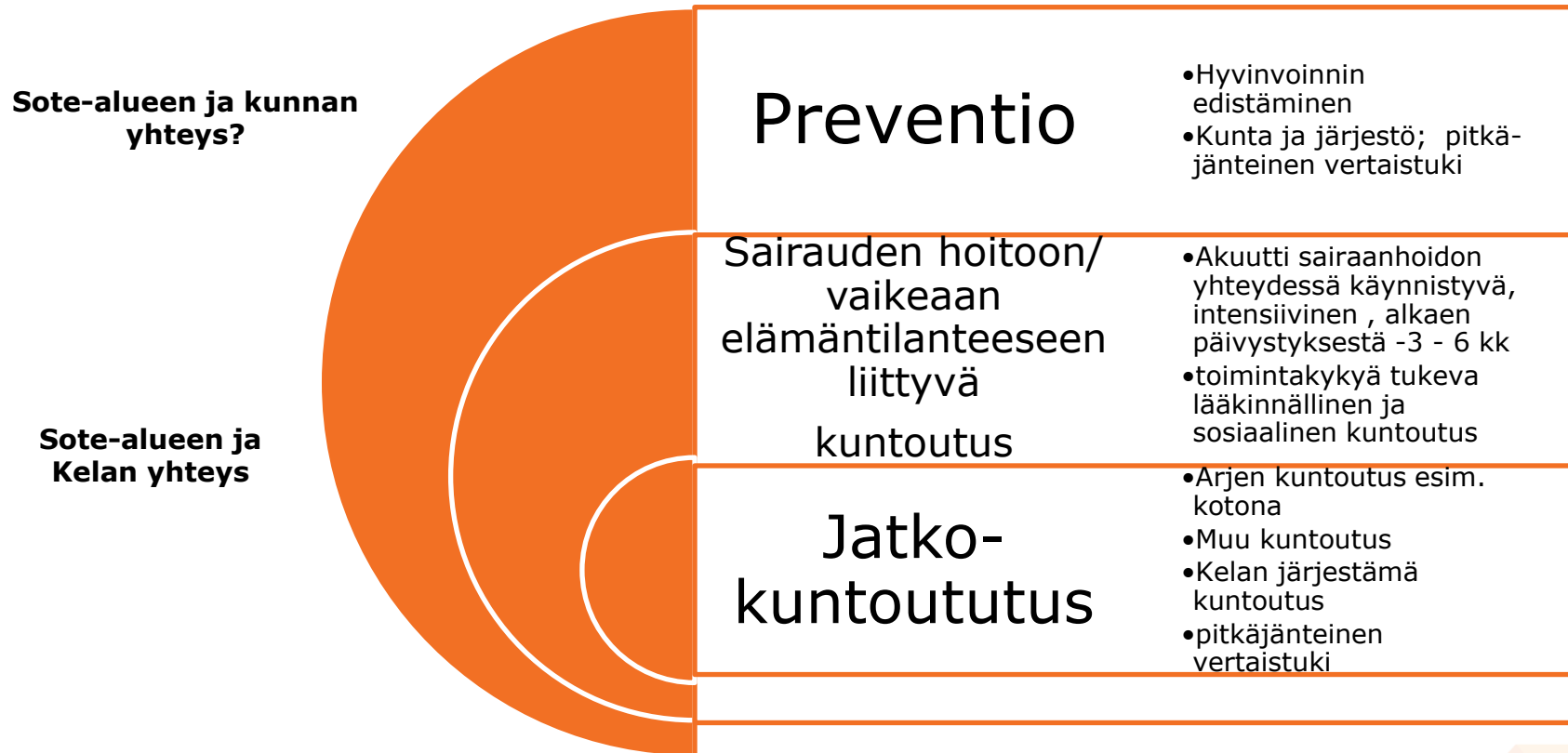
25.5.2016



Uudet kuntoutuksen toimintatavat ja työnjaot osana sote- ja kuntauudistusta



Esimerkki sote - kuntoutuskokonaisuudesta



Kuntoutuksen osaaminen, koordinaatio ja yhteistyö?

Kuntoutuksen alueellinen kokonaisuus

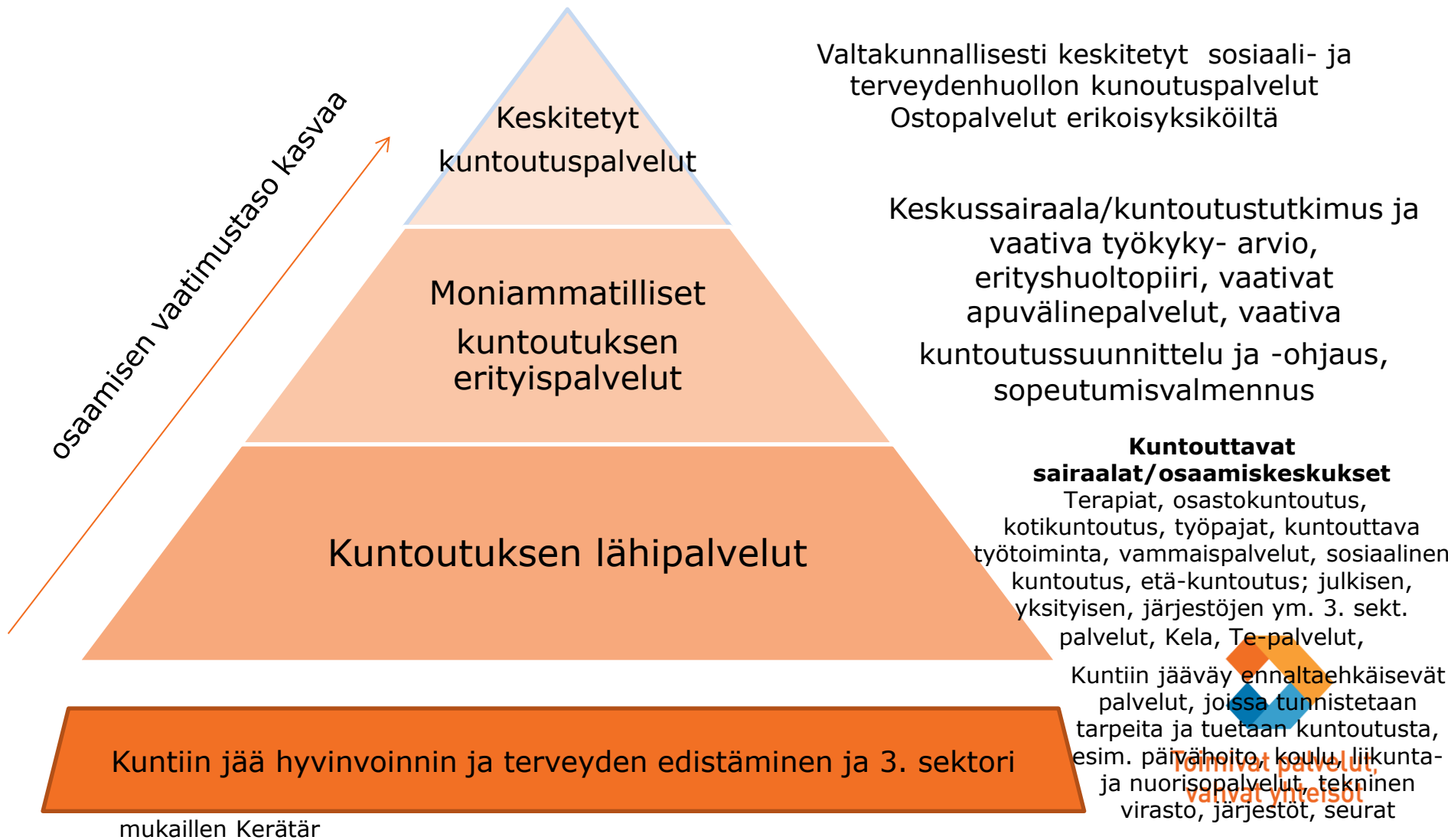
- Ketjujen ohjaaminen niin, että kuntoutujan asema vahvistuu
- ”Tähtipalvelu” eli **toimintakyvyn arviointi kaikille** – joustava, matalan kynnyksen pääsy moniammatilliseen arviointiin, kytkentä eri palvelutasoille ja oikeus päättää palvelusta, toimintakyvyn, elämäntilanteen kokonaisuus ratkaisee, ei dg
- Yhtenäisiä kriteerejä kuntoutustarpeen arvioinnille, tunnistamiselle ja kuntoutukseen pääsulle (myös portinvartija)
- Toimintakykyä tukevan kuntoutuksen yhteensovittaminen
- Tarve alueelliselle monialaiselle **kuntoutuksen yhdessä tekemiselle**, esim. ammatillisen kuntoutuksen rajapinta

Näyttöön perustuva tieto ohjaa käytäntöjä

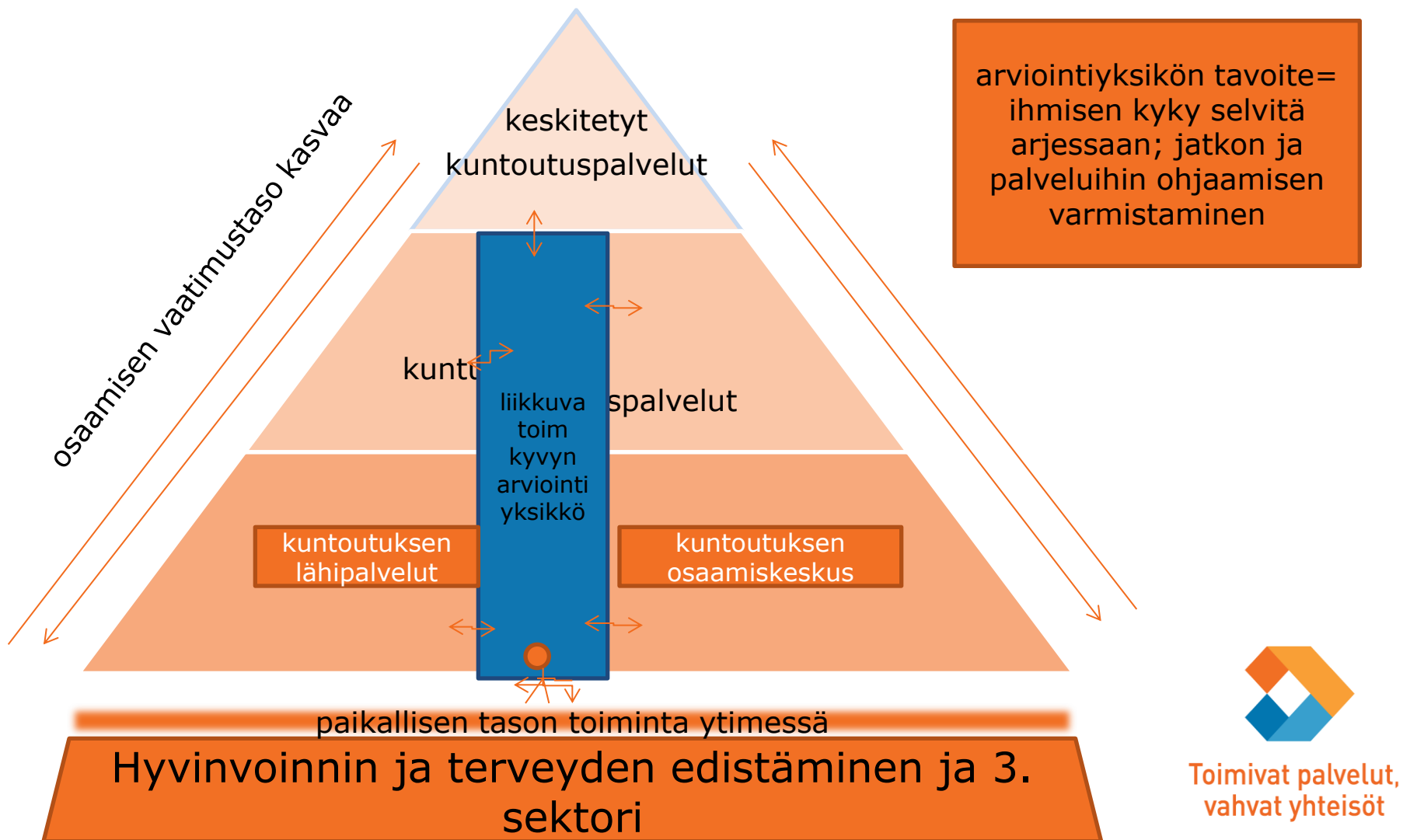
- Vaikuttava kuntoutustieto ja perusteet kuntoutukseen ohjautumiselle ja menetelmille
- Kuntoutuksen koulutusjärjestelmän uudistaminen



ASIAKASTARPEESTA LÄHTEVÄ PALVELUHIERARKIA; vielä nykyisillä nimikkeillä, palvelut tai organisaatiot



ASIAKASTARPEESTA LÄHTEVÄ PALVELUHIERARKIA; vielä nykyisillä nimikkeillä, palvelut tai organisaatiot



Toimivat palvelut,
vahvat yhteisöt

2000-luvun malleja veteraani-kuntoutuksesta, mm.

Aiemmin kuvattuja malleja ja toimintakäytäntöjä mm. hanketyön tai muun kehittämistyön tuloksena

- Aku-hankkeen tuettu kotona kuntoutumisen malli
- Min. Paula Risikon malli
- Sove hankkeen prosessimallit
- Eksoten malli
- Lahden Askelmerkit arjessa
- Itä-Suomen hanke
- Tuku - malli

Mitä yhteistä opittavaa ja ainesta näistä olisi yhteen koottuna kuntoutuksen toimeenpanoon toimintamallin kehittämiseksi?

Arjen kuntoutus

osana kotihoitoa ja kotona asumista

Arjen kuntoutus
toimintakyvyn
hiipussa



Akuuttiin sairastumiseen
toipilasvaiheen ym.
ylläpitävä kuntoutus

TUETUN KOTONA KUNTOUTUMISEN MALLI IKÄIHMISSILL

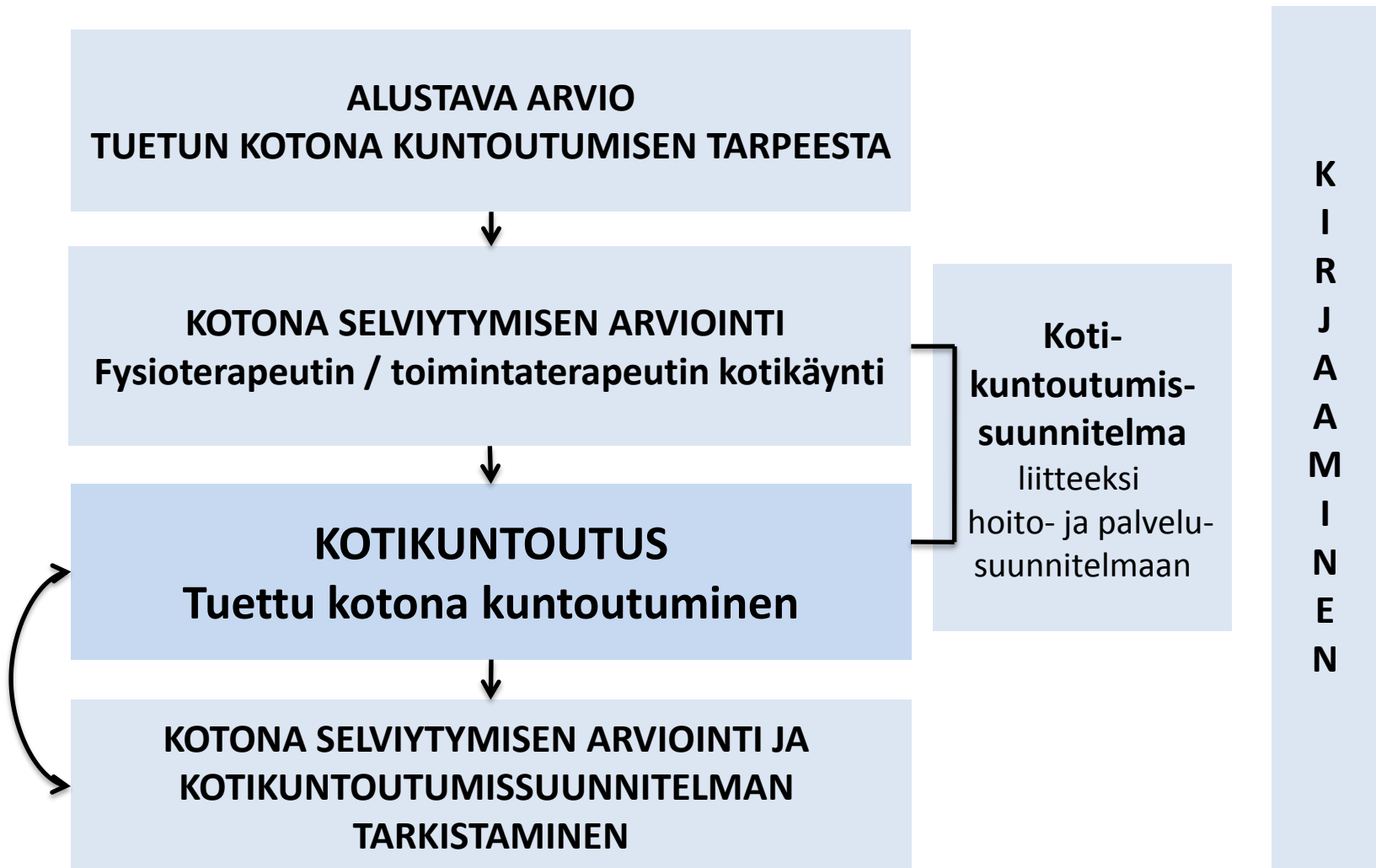
Kotikuntoutumisavustajaprojekti 2006 – 2008

(Leinonen, Laukkanen ym. Kotikuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 14/2009)

STM myönsi määrärahan uuden kotikuntoutuksen toimintamallin kehittämiseen



Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille



Tuettu kotona kuntoutuminen



- Tukihenkilönä toimii sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut henkilö esim. lähihoitaja tai perushoitaja
- Tukihenkilön tehtäviä
 - asiakkaan terveydentilan seuranta
 - yhteistyö muiden asiakkaalle palveluja tuottavien tahojen kanssa
 - henkilökohtaisena ”tukihenkilönä” toimiminen
 - palveluneuvonta ja palvelujen järjestämisessä avustaminen
 - kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukeminen osa-alueittain:

	Fyysinen	Psykososiaalinen	Kognitiivinen
Toimintakyvyn osa-alueet	Lihaskunto Tasapaino Kestävyys Liikkuvuus	Vuorovaikutus Mieliala Osallistuminen Sosiaalinen yhteisyys	Muisti Hahmottaminen Päätätelykyky Kielellinen ilmaisu
Tuetun kotona kuntoutumisen sisältöä	Lihaskuntoa ja tasapainoa tukeva harjoittelu Liikkuvuusharjoittelu Ulkoilu Kotiaskareissa ja asioinnissa tukeminen	Keskusteleminen Kuunteleminen Harrastuksiin ja ryhmiin ohjaaminen Kodin ulkopuolisiin tilaisuuksiin ohjaaminen ja avustaminen	Muistiharjoitteet, muistelu Menetettyjen taitojen harjoittelu Elämäntyyli Kirjoittaminen Lukutuokiot

Tuettu kotona kuntoutuminen



Tukihenkilön tehtäviä:

- * Asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn seuranta
- * Yhteydenpito ja tiedottaminen asiakkaan asioista
- * Yhteydenpito muihin palveluntuottajiin yhdessä asiakkaan kanssa
- * **Neuvominen ja kannustaminen terveydenhoitoon, terveyden edistämiseen ja toimintakyvyn tukemiseen liittyvissä asioissa**
- * **Neuvominen ja ohjaaminen yksilöllisten harjoitteiden toteuttamisessa sekä omaehtoiseen harjoitteluun kannustaminen**
- * Apuvälineiden käytön ohjaaminen ja uusien hankinnassa avustaminen

- * **Ulkoileminen yhdessä asiakkaan kanssa**
- * **Asiointi yhdessä asiakkaan kanssa**
- * **Tukena oleminen ja avustaminen kodin ulkopuolisissa tapahtumissa ja tilaisuuksissa**
- * Menetettyjen taitojen uudelleen harjoittaminen
- * Ohjaaminen ja kannustaminen kotiaskareiden tekemisessä
- * Lääkityksen toteutuksen seuranta ja siitä tiedottaminen tarvittaessa
- * **Keskusteleminen, kuunteleminen, muisteleminen**
- * Lehden lukeminen yhdessä asiakkaan kanssa
- * Muistin harjoittaminen

**Veteraani
kotihoitossa
läheisineen**

**Kotihoidon
koordinaattori tai
-pari, joka
hallitsee etuudet
& palvelut**

1. Kattava toimintakyvyn, tuen ja palveluiden (ml. kuntoutumispalvelut) tarpeen arviointi
2. Hoito-, palvelu- & kuntoutussuunnitelman laatiminen yhteistyössä

PALVELUTARJOTIN

- 1) Avokuntoutus
- 2) Laitoskuntoutus
- 3) Kotona asumisen monipuolinen tuki

RAHOITUS **Valtio**

- Kuntoutukseen 29,4 m €, josta 10 m€ kotona asumista tukeviin palveluihin

Kunnat

- Kotiin annettavat sosiaali- ja terveyspalvelut

Sairas- ja veljeskotien (sove)tulevaisuushanke 2009-2011

- Palvelukonsepti ja tuotteistus-hankkeen tuotokset; työkirja ja kuvaukset palveluista
- **Ennaltaehkäisevä gerontologinen kuntoutus**

Palveluryhmän kohderyhmä:

- heikentynyt kognitiivinen, fyysinen tai psykososiaalinen toiminta

Koostuu viidestä jaksosta

Palvelun peruskomponentit

- laaja-alainen arviointi kotona, yksilökuntoutus kotikäyntinä, ryhmäkuntoutus Veljeskodilla, oma harjoittelu

Sairas- ja veljeskotien (sove) tulevaisuushanke 2009-2011

- **Kotiuttava kuntoutus**; AVH-potilaat, lonkkamurtuma- ja päivystystä kuormittavat potilaat
 - Palvelu koostuu viidestä eri jaksosta

Palvelun peruskomponentit:

- laaja-alainen moniammatillinen, geriatrinen arviointi, hoitopäivä (sisältää yksilö- ja ryhmäterapian ja hoidon), yksilökuntoutus kotikäyntinä, ryhmäkuntoutus Veljeskodilla, omaharjoittelu, laaja-alainen arviointi kotona
 - lisäkomponentit: päivätoiminta, avoryhmät, neuvonta, ruokailu Veljeskodilla, yhteiset tapahtumat, kuntosali jne.
- Palvelu-TV



Keskitetty kotiutus -tiimi on uusi palanen Eksoten kotikuntoutuksessa, jossa ikäihmisen kuntoutus toteutuu kahdella tavalla: kuntoutuksen ammattilaisten tekemänä ja kuntoutumista edistävänä työnä, jota kaikki tekevät.

Kotikuntoutusta toteutetaan kolmella tasolla **varhaisena puuttumisena, kotihoitoa koordinoivana kuntoutuksena**, johon keskitetty kotiutus kuuluu, sekä **monialaisena kuntoutuksena**.

	Eksoten kotikuntoutus jakautuu kolmeen sektoriin
1.	VARHAINEN PUUTTUMINEN
	Hyvinvointia edistävät kotikäynnit
	Matalan kynnyksen vastaanotto
	Omaishoitajien tuki ja kuntoutus
	Palvelutarpeen arvioinnin tuki
	Muistisairaiden varhaisvaiheen tuki
	Yhteistyö järjestöjen ja vapaaehtoisten kanssa
2.	KOTIHOITOA KOORDINOIVA KUNTOUTUS
	Painopiste uusien asiakkaiden kotihoidon käynnistymisessä
	Kesto 4 viikkoa
	Fysioterapeutit tiimissä keskitetyn kotiutuksen sairaanhoitajien kanssa
	Fysioterapeutit ja kotihoito kuntouttavat
	Fysioterapeutti tukee kotihoitoa
	Fysioterapeutteja varhaisessa puuttumisessa ja koordinoivassa toiminnassa 8
3.	MONIALAINEN KOTIKUNTOUTUS
	Asiakkaan tarpeiden mukainen tuki esim. lonkkamurtuman jälkeen
	Kesto 8 - 10 viikkoa
	Fysioterapeutti - toimintaterapeutti työparit
	Kotihoito tukee kuntoutumista
	Terapeutteja 21



Kotiutuessa käynnistyy alkukartoitus

- Kun iäkäs kotiutuu fys ter ja sairaanhoitaja yhdessä tekevät aloituskäynnin, jolla selvitetään toimintakykyä, ravitsemusta, mielialaa ja iäkkään verkostoja → kuntoutumissuunnitelma, jonka tekoon osallistuu sekä kotikuntoutus että kotihoito
- Tavoitteet asettaa asiakas itse
- Halutaan mahdollisimman konkreettisia..."pystyn kävelemään postilaatikolle, saan valmistettua lounaan, voin pukea ilman apua"...
- Yhteistyö korostuu ja koordinaattorina fys ter, jolla "kaikki langat käsissä"

Kotihoidon kuntouttava arviointijakso

- Kesto **neljä viikkoa**
- Ft tukee kuntoutumista vierailemalla asiakkaan luona jopa viikottain
- Kuntoutustarve ei johda johda välttämättä fysioterapiaan, voi olla arkisten asioiden harjoittelua
- Jakson jälkeen päätetään, **tarvitseeko henkilö kotihoitoa vai selviääkö muuten**
- Tavoite: alle puolet jää kotihoidon säännöllisen asun piiriin arviointijakson päättyessä



Astetta vaativampi interventio- monialainen kuntoutus

- Kun toimintakyky laskenut äkillisesti (lonkkamurtuma tai avh)
- Kesto 8 – 10 viikkoa toteuttajina fysioterapeutti-toimintaterapeutti työparit
- Alussa hyvin tiivistä, jopa käyntejä 4 x viikossa
- Myös kotihoito tiiviisti mukana
- Sisältää parhaillaan tutkimusosion Kelan kanssa
- Vaikuttavuus osoitettu yhdessä kuntoutusosaston kanssa selvästi fyysisen toimintakyvyn osalta
- Tuloksia **kotihoidon määrän vähenemisenä** sekä **sisällön muutoksina**



Veteraanineuvonta ja kuntoutus

Eksotessa

- Veteraanineuvoja 3: terveydenhoitaja, geronomi, sosionomi; toimistonhoitaja 2
- Jokaiseen kuntaan nimetty veteraanineuvoja/ sijaistus
- Hakemukset yhteistyössä veteraanin, omaisten, kotihoidon ym. hoitajien ja palveluntuottajien kanssa (vastaanotolla, puhelimessa, kotikäynneillä, omatoimisesti sekä veteraanineuvojen kanssa)
- Laitoskuntoutus, päiväkuntoutus, avokuntoutus (fysioterapia, muistikuntoutus, jalkojenhoito, lymfaterapia, toimintaterapia, jotka kilpailutettu ja tuettua kotikuntoutusta omana toimintana
- Kuntoutuspäätöksen tekee lääkäri, veteraanineuvoja valmistelee päätöksen ja varmistaa ajantasaiset terveystiedot ja kustannukset; päätöksen yhteydessä tieto kustannuksista määrärahaseurantaan

Kotiin viettävät avopalvelut veteraaneille

Eksote

- Yksilöllinen palvelutarpeen arviointi
- Lääkärintarkastus haasteellinen
- Palvelu kertaluonteinen, määräaikainen tai apuväline
- Palvelun aloitus yhteistyössä → yksityinen palveluntuottaja
- Määrärahaseuranta
- Veteraaneille palvelun helppous, ei palvelusesteitä vaan laskutus veteraanineuvontaan
- Palvelun muutokset yms. ajan tasalla
- Palaute palvelun sisällöstä Valtiokonttorin selvitystä varten



Kotona Paras Veteraaneille -mallin tavoitteet:

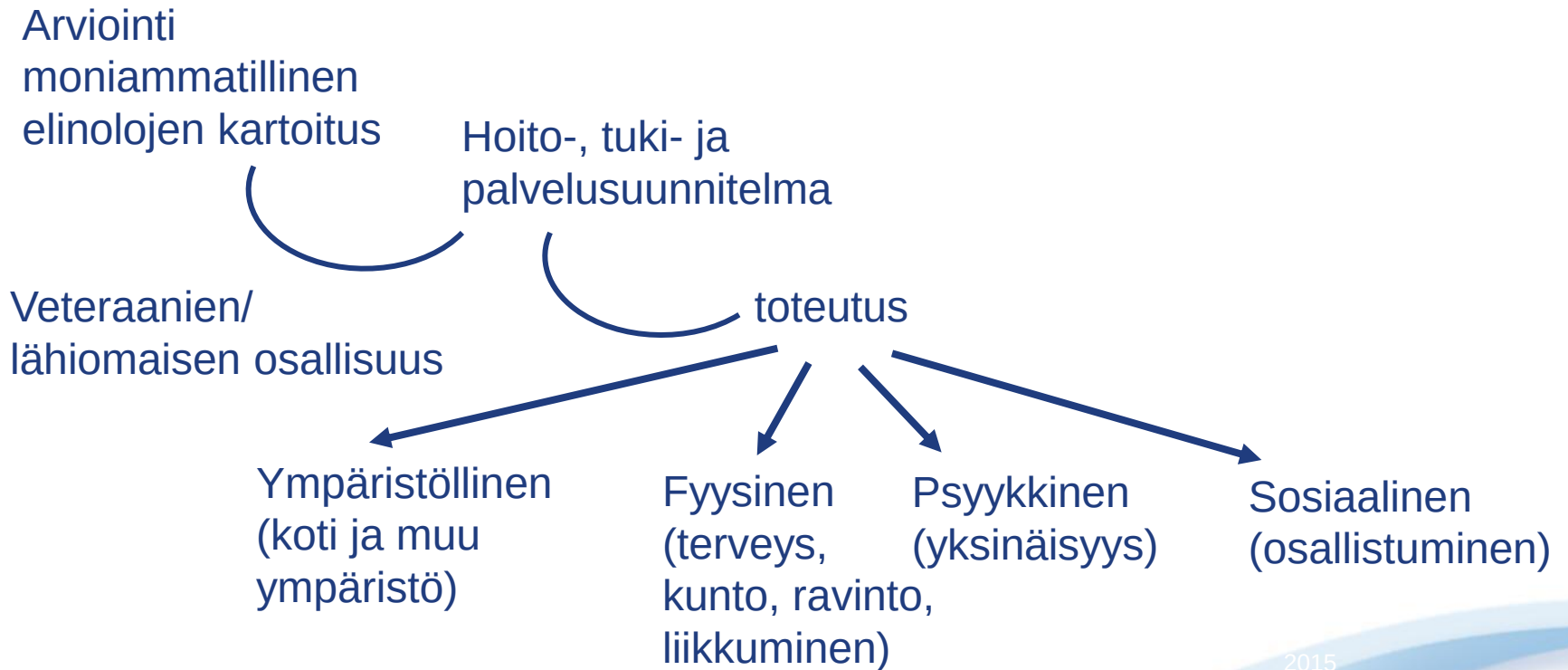
1. Saada veteraaneille vastuuhenkilö jokaiseen kuntaan.
2. Saada kuntien moniammatilliset tiimit tekemään veteraanien kattava elinlokartoitus ja tältä pohjalta hoito-, palvelu- ja tukisuunnitelma.
3. Saada riittävä tuki kotipalvelujen, koti- ja avokuntoutuksen, omaishoidon, korjausrakentamisen ja teknologian, sosiaalisen osallisuuden, vapaaehtoistuen ja muun tuen avulla parantamaan veteraanien kotona asumista.
4. Lisätä veteraanien omaa osallistumista kotona asumisen tarpeiden määrittelyssä ja kotona tapahtuvassa hoidossa, palvelussa ja muissa asioissa.
5. Laajentaa mallia esimerkkinä koko Suomeen ja laajemmin muidenkin ikääntyneiden kotona asumiseen.



Kotona Paras Veteraaneille -mallin eteneminen:

1. Nimetään kunnissa veteraanien vastuuhenkilöt (liitteenä Itä-Suomen kuntien vastuuhenkilöt)
2. Järjestetään vastuuhenkilöille työkokous alueittain Pohjois-Karjala, Etelä-Savo, Pohjois-Savo syksy 2015
3. Otetaan esimerkki hyvästä kuntien vastuuhenkilötoiminnasta työkokouksiin (esiintyjät: Pohjois-Karjala/Ilomantsi, vanhustyön johtaja Hannele Komu, Etelä-Savo/Mikkeli, palveluohjaaja Marju Kämppi, Pohjois-Savo/ Veteraanijärjestöt, sosiaalineuvoja Riitta Huittinen)

4. Käydään läpi Kotona Paras Veteraaneille -malli



2015



Kotona Paras Veteraaneille -malli:

5. Käydään läpi vastuuhenkilöiden kanssa Valtiokonttorin ohjeen laajuus ja mahdollisuudet vastata kunkin veteraanin hoito-, tuki- ja palvelutarpeisiin.
6. Pyydetään halukkaita kuntia kokeiluun. Itä-Suomessa Etelä-Savosta Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi (Mikkeli, Hirvensalmi, Puumala), Mäntyharju, Joroinen ja Savonlinna, Pohjois-Karjalasta Liperi ja Ilomantsi, Pohjois-Savosta Kuopio, Siilinjärvi, Suonenjoki ja Varkaus.
7. Nimetään kunnat, sovitaan aikataulu, ohjaus ja seuranta. Kokeiluun osallistuvat kunnat etenevät niille soveltuvia käytäntöjä kehittäen.
8. Pyydetään opinnäytetyö vaikuttavuuden osalta, Pohjois-Karjalan amk. Tutkimussuunnitelma valmistuu 1/2016, th-opiskelija Päivi Ahokas.
9. Hankkeen edetessä yhteisiä koulutustilaisuuksia, seuraava 5/2016 Kuopiossa
10. Opinnäytetyön vaiheen I tulokset esitellään Kuopion tilaisuudessa 10.5.2016.

Kuntoutuspolku-pilotti

Ikäihmisen kuntoutuspolun mallinnus

Aila Pikkarainen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

jamk.fi



JYVÄSKYLÄ

OSA II

Pilotin hankinta-asiakirjan kuva pilotin sisällöstä / syksy 2015.

KUNTOUTUSPOLUN RAKENTEIDEN JA SISÄLTÖJEN
MALLINTAMINEN

**Kuntoutusasiakkaan
kuntoutuspolku**
(tapausesimerkit 8 kpl)

ENNEN KUNTOUTUSTA
TAPAHTUVA TOIMINTA
Koko Saarikan alue

KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ
TAPAHTUVA TOIMINTA
(Karstula)

KUNTOUTUSJAKSON JÄLKEEN
TAPAHTUVA TOIMINTA
Koko Saarikan alue

**Asiakkaan
suunnitelma**
(yhdistetty asiakirja
nykyisistä eri
suunnitelmista)

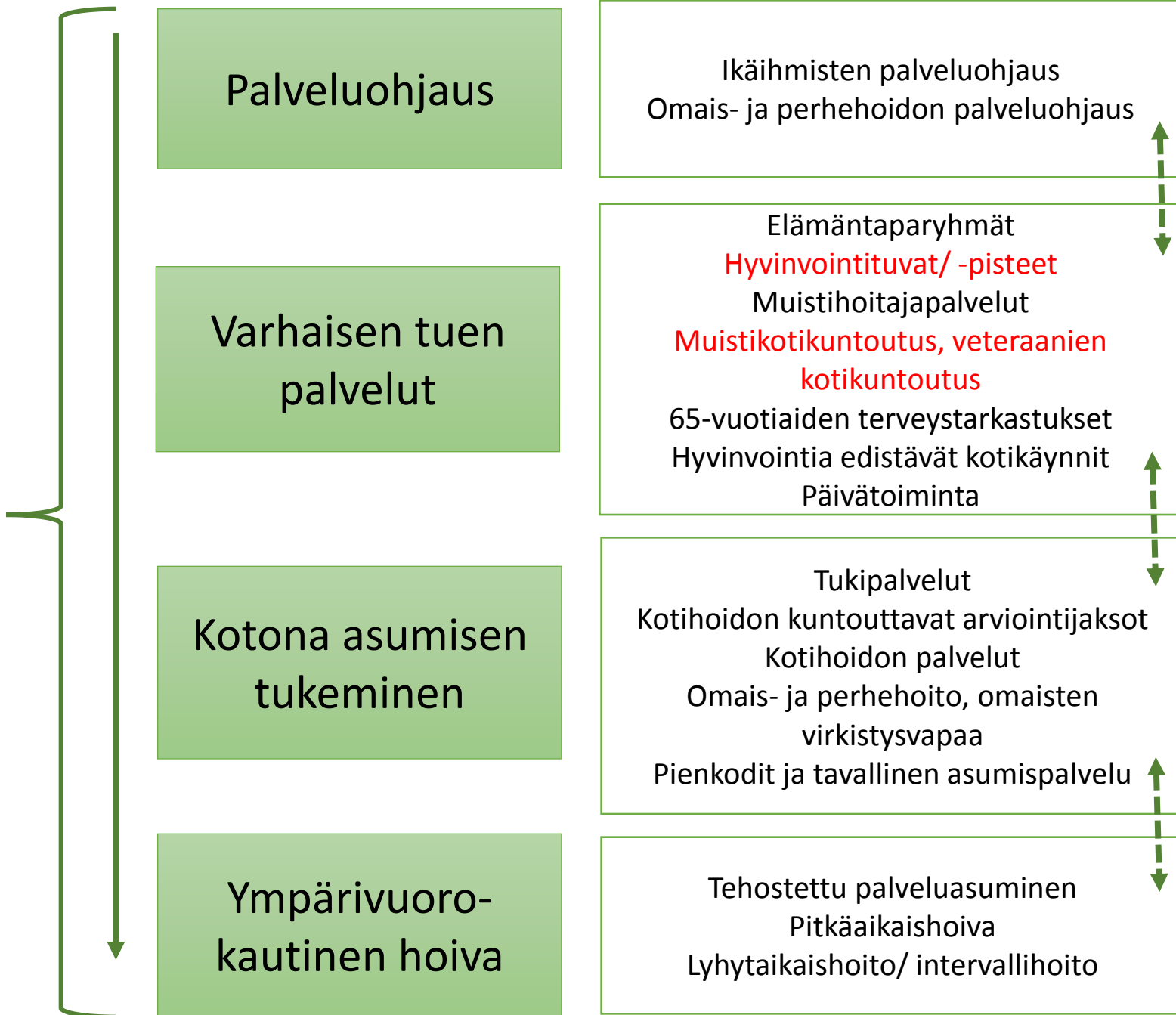
Alueellinen,
maakunnallinen ja
valtakunnallinen
yhtenevä malli

TIETOJÄRJESTELMÄT

OSA I

VUODEOSASTOSTA KUNTOUTUSYKSIKÖKSI MALLINNUS

Kotona asuminen, jossa palvelut rakentuvat terveyden, toimintakyvyn ja asiakkaan elämäntilanteen ja tarpeiden mukaan



Kotihoidon asiakas:

KOTI – KUNTOUTUSYKSIKKÖ - KOTI

Kuntoutuksen tavoite:

Mahdollisuus siirtää palvelujen käynnistymistä

(1) KÄYNNISTYMÄSSÄ OLEVA KOTIHOITO

ENSISIJAINEN TOIMENPIDE

TAVOITTEELLINEN
KOTIKUNTOUTUS
ENNEN PYSYVIEN
PALVELUJEN
PÄÄTÖSTÄ

TOISSIJAINEN TOIMENPIDE

TAVOITTEELLINEN
KUNTOUTUS
KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ
ENNEN PYSYVIEN
PALVELUJEN PÄÄTÖSTÄ

Vaihtoehto B. Kotihoito käynnistyy sisältäen toimintakyvyn tukemisen kotona

**KUNTOUTTAVA
KOTIHOITO**

**KUNTOUTTAVA
PÄIVÄTOIMINTA**

Vaihtoehto A. Kotihoitoa ei aloiteta, mutta sovitaan seuranta

UUSI
TAVOITTEELLINEN
KOTIKUNTOUTUS
SOVITTUNA
JAKSONA KOTIIN

TAVOITTEELLINEN
KUNTOUTUS
KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ
SOVITTUNA SEURANTA-
JAKSONA

Kotihoidon asiakas:

KOTI – KUNTOUTUSYKSIKKÖ - KOTI

Kuntoutuksen tavoite:

Mahdollisuus siirtää pysyvien tai lisäpalvelujen käynnistymistä

**(2) AJOITTAINEN
KOTIHOITO**

ENSISIJAINEN TOIMENPIDE

TAVOITTEELLINEN
KOTIKUNTOUTUS
HUONONEMIS-
VAIHEISSA

TOISSIJAINEN TOIMENPIDE

TAVOITTEELLINEN
KUNTOUTUS
KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ
ENNAKOIVASTI JA
PALAUTTAVASTI

Vaihtoehto B. Kotihoito lisääntyy
sisältäen toimintakyvyn
tukemisen kotona

**KUNTOUTTAVA
KOTIHOITO**

**KUNTOUTTAVA
PÄIVÄTOIMINTA**

Vaihtoehto A. Kotihoitoa ei lisätä, mutta
sovitaan seuranta

UUSI
TAVOITTEELLINEN
KOTIKUNTOUTUS
SOVITTUNA
JAKSONA KOTIIN

TAVOITTEELLINEN
KUNTOUTUS
KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ
SOVITTUNA SEURANTA-
JAKSONA



Hvad kan vi så lære på ældreområdet?



3

- Troen – eller presset for noget at tro på – er klart tilstede for kommunerne på beskæftigelsesområdet. Er den brændende platform lige så varm på ældreområdet?
 - Lægger man på ældreområdet nok pres på?
 - Hvor mange kommuner taler om investeringsstrategier på ældreområdet?
- Er det institutionelle setup klar til det?
 - Hvornår og hvordan tænker vi tværfagligt?
 - Hvordan passer det med BUM-modellen?
 - Kan vi både håndtere dem, der skal vendes i døren, og dem, hvor det bliver svært?
- Hvordan får vi den medarbejderadfærd, vi ønsker?
 - Hvordan "oversætter vi" at det handler om borgerens mål, styrke tværfagligheden og arbejde med motivation (uden sanktioner)

Rehabilitering fra et beskæftigelsesperspektiv

Samtalens pejlemærker

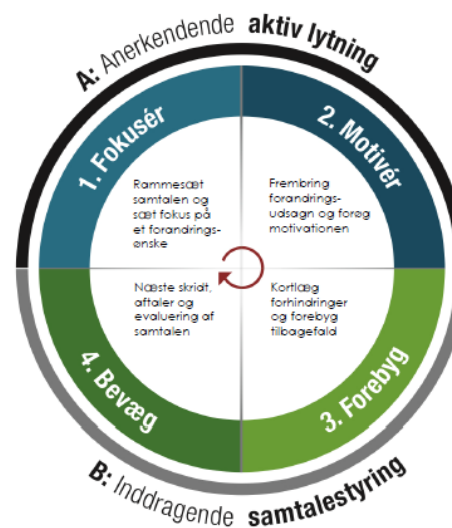
2

A. ANERKENDEDE AKTIV LYTNING

- Nøgleord
- Reflekterende lytning
- Åbne-/hjælpespørgsmål

B. INDDRAGENDE SAMTALESTYRING

- GameMastery



1. FOKUSÉR

- ABC Jobstrategi
- Status på jobøgning

2. MOTIVÉR

- Motivationsspørgsmål
- Værdiløop
- Ressourcespotting

3. FOREBYG

- Forhindringsspørgsmål
- Mulighedsspørgsmål

4. BEVÆG

- Hjemmeopgave

MONIKONTEKSTIAALISUUS JA TEHTÄVIEN JAKO

*HAASTEENA HALLITTU JA SOVITTU MONIALAISUUS; Yhdessä asiakkaan hyväksi
"Organisaatiosopimus vrt. Yhteiskuntasopimus"*



ENERGIA

**ROHKEUTTA uudistua, palvelukokonaisuudet
asiakkaasta käsin ja "kanssa"
ENEMMÄN TOIMINTAKYKYÄ**