

Asiakkaan palvelupolku kotikuntoutuksessa

5.4.2023

Itä UUSIMAA
Östra NYLAND

Hyvinvointialue
Välfärdsområde

Kuvauksen lukuohje

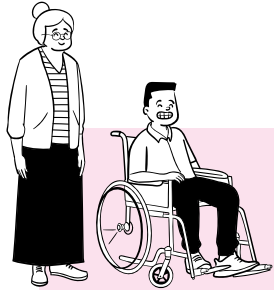
- Tämän kuvauksen tarkoituksena on auttaa sekä kuntoutujaa että ammattilaista hahmottamaan kotikuntoutuksen kokonaisuus ja prosessi. Tavoitteena on, että kokonaisuus tulee näkyväksi heillekin, joille kuntoutus on asiana vieraampi.
- Palvelupolku muodostuu kahdeksasta (8) toisiaan seuraavasta eri vaiheesta. Jokaisen asiakkaan kuntoutumisprosessi sisältää kaikki vaiheet, mutta vaiheen laajuus, sisältö ja kesto vaihtelevat.
- Siirry vaiheiden kuvauksiin klikkaamalla polun numeroituja vaiheita. Sivuilta löytyy klikattavia linkkejä lisätietoihin ym. oheismateriaaleihin.



Toiminnalliset periaatteet

- Kuntoutuja
 - Tehtävänä on osallistua aktiivisesti omaan kuntoutumisen prosessiini ja toteuttaa sovitut harjoitteet
 - Kertoa, keille tietoja saa jakaa, jotta kaikilla palvelujen toteutukseen osallistuvilla on riittävät tiedot yhdenmukaiseen tavoitteelliseen tukeen
 - Kertoa ammattilaisille kokemuksistani kuntoutumisen etenemisessä, mahdollisista hankaluuksista ja onnistumisista
- Ammattilainen
 - Kuntoutujan omat tavoitteet ja tahtotila määrittävät valittavat keinot – kuuntele kuntoutujaa 'herkällä korvalla'
 - Selvitä ja kysy lupa tietojen jakamiseen muille ammattilaisille sekä kuntoutujan läheisille – muista kirjata saatu lupa asiakkaan tietoihin!
 - Kuntoutujan tilanteen edistyminen vaatii usein useamman ammattilaisen työpanosta, toimi niin, että edesautat hyvää yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa
 - Kuntoutujan tiedot tulee aina kirjata sovittuun järjestelmään – huolehdi ajantasaiset kirjaukset!

Kotikuntoutuksen palvelupolku



Kuntoutujan polku



Ammattilaisten polku



1. Kun tarve ilmenee



Kotikuntoutustarpeeni voi havaita läheinen, kotihoito tai muu hoitopolkuun kuuluva ammattilainen, tai minä itse. Asia otetaan silloin käsiteltäväksi kotihoidon, asiakasohjauksen tai muun hoitoon osallistuvan tahon kanssa. Sovittu taho ottaa vastuulleen viedä asiani eteenpäin kuntoutustarpeen arviointiin. Päätän itse, kenelle kuntoutumista koskevia tietojani jaetaan. Jopa tiedonjakoon omaisilleni tarvitaan suostumukseni.

Kun tarvitsen kuntoutusta

- tiedän, kenen kanssa ottaa asia puheeksi
- tiedän, **miten** asiani etenee ja **kenen** toimesta.

Kun tunnistat asiakkaan tarpeen kotikuntoutukselle

- Terveydenhuollossa: Lääkärinä, sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, terapeutina tai sosiaalityöntekijänä
- Sairaalassa: Lääkärinä, sairaanhoitajana, terveydenhoitajana tai terapeutina
- Kotihoidossa tai asiakasohjauksessa esim RAI-arvioinnin yhteydessä
- Muun ammattilaisen toimesta yhdessä käydyssä keskustelussa

...on sinulla oltava selkeä tieto siitä,

- minkälaisia vaikutuksia asiakkaan arkeen kuntoutuksella toivotaan olevan
- minne ohjaat asiakkaan, mikäli kotikuntoutusjakso ei ole oikea valinta
- mitä tietoja sinulta tarvitaan
- miten kerrot asiasta asiakkaalle
- jos tarvitset tarkempia tietoja kotikuntoutuksen tarpeen arviointiin, selvität / varmistat kuka ottaa vastaan pyynnön



Muista pyytää asiakkaalta lupa hänen tietojen jakamiseen



Siirry tästä Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirjaan



2. Miten tarve arvioidaan?



En voi itse tilata kotikuntoutusta, mutta voin ilmaista kokevani sen tarvetta. Ammattilainen tekee arvion, millä perusteella kotikuntoutus voi käynnistyä. Ammattilainen tarvitsee minulta tietoa siitä, miten olen pärjännyt arjessa, liikkunut, mitä apuvälineitä olen käyttänyt ja mitä apuja saanut ja keneltä (ammattilaisilta ja läheisiltä). Mikäli minulle on aikaisemmin tehty kuntoutumissuunnitelma, on sen päivittäminen nyt ajankohtaista. Tarpeeni ensiarvio voidaan tehdä puhelimitse tai etälaitteella, mutta mahdolliset mittaukset tehdään kotikäynnillä. Kaikki arvioinnin tulokset kirjataan Omakantaan, josta voin käydä tutustumassa niihin tarkemmin.

Kun kuntoutustarpeeni arvioidaan

- ymmärrän, mitä tietoja minulta tarvitaan
- ymmärrän millä perusteilla arviointi tehdään
- pääsen itse lukemaan arvion Omakannasta.

Näin arvioit asiakkaan kotikuntoutuksen tarvetta:

- Tutustu asiakaskirjauksiin ja lähettävän tahon kertomukseen asiakkaan kotikuntoutuksen tarpeesta
- Tee RAI-arvioinnin soveltuvat mittarit, mikäli asiakas on vanhuseläkeikäisessä. Jos asiakkaalle on jo tehty RAI-arviointi, tarkista, milloin se on päivitetty
- Haastattele asiakasta ja tarvittaessa hänen läheisiään
- Havainnoi asiakasta kotiympäristössään
- Tee tarvittavat mittaukset. Käytössä olevat mittarit: RAI, soveltuvat TOIMIA-suosituksen mittarit
- Määritä Omasuuntimaa hyödyntäen asiakkuuden segmentti, jonka periaatteiden mukaan kotikuntoutumisjakson sisältö rakentuu. Sisältöä on esimerkiksi jakson pituus ja onko tarve kertaluonteiselle, lyhyelle, vai pitkälle jaksolle. Selvitä ja tarkenna, onko kyse kotikuntoutumisen tarpeesta vai jostain muusta tuen ja palvelun tarpeesta. Kertaluonteinen tarve ei välttämättä ole kotikuntoutuksen keinoin toteutettava.
- Tee arvioinnista ja mittauksista yhteenveto ja kirjaa tulokset asiakastietojärjestelmään/potilastietoihin.
- Sovi yhdessä eri ammattilaisten roolit ja yhteydenpito- ja seurantatavat, ja tee asia ymmärrettäväksi myös asiakkaalle.
- Käy tämänhetkinen kuntoutumissuunnitelma läpi yhdessä kuntoutuajan kanssa



*Siirry tästä
Toimia-suositukseen*



*Siirry tästä
Suuntimaan*

3. Mitä tavoitellaan?



On hyvä, että olen itse tai että läheiseni on, aktiivinen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa. Minun mielipiteeni ja toiveeni halutusta lopputuloksesta määrittää, miten tavoitteeni muotoillaan. On tärkeää, että ilmaisen mikä on elämänlaatuni kannalta merkittävin kuntoutumisen tavoite - mihin olen motivoitunut pyrkimään? Haluanko esimerkiksi kävellä yksin postilaatikolle tai kauppaan, harjoitella tiskaamista seisten, ripustaa pyykkiä tai sijata vuoteeni?

Kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa...

- olen itse aktiivinen
- mietin, millaiset tavoitteet motivoisivat minua tarpeeksi, että pystyn sitoutumaan suunnitelmaan.

Kun muotoilet kotikuntoutukselle asetettavia tavoitteita:

- Perusta tavoitteet aina asiakkaan esittämiin toiveisiin ja tahtotilaan.
- Sinun tehtäväsi ammattilaisena on muotoilla asiakkaan tahtotilasta mitattavissa olevat arkilähtöiset tavoitteet.
- Kiinnitä huomiota siihen, mikä on asiakkaalle merkityksellistä ja tärkeää, koska siihen hänen motivaationsa kohdentuu; Mikä on hänen arjen sujumisen kannalta tarpeellista? Sovi asetettavista tavoitteista asiakkaan kanssa yhdessä.
- Muotoile tavoitteet mitattavina asioina. Mitattavuus mahdollistaa kuntoutuksen vaikutusten arvioinnin kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen.
- Tarkista, että tavoitteet ovat samansuuntaisia tai tukevia muiden palveluissa määriteltyjen tavoitteiden kanssa.



Tutustu esimerkkeihin hyvistä käytännöistä



4. Millä keinoilla?



Jotta jaksaisin motivoitua ja sitoutua kuntoutumiseen, on keinovalikoiman perustuttava minun kykyihini ja mieltymyksiini.

Keinojen on hyvä olla monipuolisia vaihtelun vuoksi, mutta tarpeeksi yksinkertaisia helposti toistettavaksi. Kuntoutus voi olla esimerkiksi lihasvoima-, tasapaino-, kuntosali-, päivittäis-toimintojen tms. harjoittelua.

Kuntoumisen keinovalikoima

- perustuu minun mieltymyksiini ja kykyihini
- ymmärrän arjen valintojeni vaikutuksen kuntoutumiseeni
- keinot ovat selkeitä ja innostavia
- keinot käydään perusteellisesti läpi kanssani.

Kotikuntoutukselle asetetut tavoitteet määrittävät, mitä keinoja valitaan

Asiakkaan kotiolosuhteet, toimintakyky ja tuen tarve kuntoutumisen harjoitteissa vaikuttavat valintoihin.

Kotikuntoutuksen jakson pituus on valittu jo tarveselvityksessä tehdyn arvion perusteella (vaihe 2.). Tämä vaikuttaa valittaviin keinoihin: Käytetäänkö asiakkaan ohjausta, muiden kotona asumista tukevien toimintojen kanssa tehtävää asiakkaan ohjausta, terapia-interventioita, vai kaikkia edellä mainittuja?

Määritä asiakkaan kuntoutumiseen liittyvät sidosryhmät ja heidän tehtävänsä asiakkaan toimintakyvyn tuen kehityksessä. Sidoryhmiä voivat olla omaiset ja läheiset, asiakasohjaajat, kotihoito, sosiaalityöntekijät ja muut asiakasta kuntouttavat terapeutit

Kirjaa alkutilanteen mittaustulokset, asetetut tavoitteet, valitut keinot ja haluttu lopputulos asiakastietoihin kokonaissuunnitelmana. Lähetä suunnitelma sidosryhmille, mutta muista pyytää asiakkaalta lupa tiedottamiseen. Kontaktoi sidoryhmiä tarvittaessa puhelimitse.



Tutustu esimerkkeihin hyvistä käytännöistä



5. Miten edetään?



Olen itse, mahdollisesti läheiseni kanssa, aktiivisesti mukana tekemässä kuntoutumissuunnitelmaani. Suunnitelmaan tarvitaan aina minun hyväksyntäni. Kun se on hyväksytty, saan suunnitelman itselleni sopivassa muodossa, esimerkiksi printtinä kansiossa. Saan ammattilaiselta tarvittaessa tiedot, mikäli minun tulee olla itse aktiivinen joidenkin kotikuntoutumisen keinojen omaehtoisesta tilaamisesta.

Kuntoutumissuunnitelma

- on minun omista lähtökohdistani suunniteltu ja johon voin sitoutua
- helposti käytettävissä ja ymmärrettävä.

Laadi kuntoutumissuunnitelma valitulle aikajänteelle tai jaksolle:

Määrittele:

- kuntoutusammattilaisen käyntikertojen määrä
- ajanjakso, milloin kuntoutus tapahtuu
- ketkä siihen osallistuvat (ammattilaiset ja asiakkaan muu lähiverkosto)
- millä tavoin asiakas harjoittelee varsinaisten terapiakertojen ulkopuolella
- millaiseen muutokseen asiakkaan arjessa kuntoutuksella tähdätään

Tee tarvittavat tilaukset sidosryhmiltä tarvittavista toimenpiteistä ja anna asiakkaalle ohjeet, miten hänen tulee tilata tai sopia kotikuntoutumista täydentävistä palveluista.

Anna asiakkaalle tarvittavat ohjeet myös kirjallisena, sovi aikataulut ja keskinäisen yhteydenpidon tavat.



Siirry tästä Terveyskylän Kuntoutussuunnitelma-sivulle



6. Miten on edistytty?



Kanssani keskustellaan siitä, miten olen kokenut suunnitelman toteuttamisen ja ollaanko edelleen hyvällä matkalla kohti tavoitetta. Mikä on tuntunut vaikealta, mikä taas on motivoinut? Kanssani käydään läpi ja selvitetään, miten olen kokenut kuntoutuksen muuttaneen toimintakykyäni ja arjessa pärjäämistäni. Saan halutessani nähtäväkseni tehtyjen mittausten tulokset.

Edistyminen

- Miten olen itse kokenut edistymisen?
- Mitä mittaustulokset kertovat- tukevatko ne omaa tunnettani?

Tee väliarviointi, jossa teet kaikki asetettuihin tavoitteisiin liittyvät mittaukset

Väliarviointi voi olla haastattelu ja tilannekatsaus suhteessa alkuarviointiin ja tavoitteisiin. Tee yhteenveto, jossa tulokset yhdistyvät havaintoihin asiakkaan toimintakyvyn muutoksista sekä asiakkaan mielipiteeseen omasta edistymisestään.

Selvitä myös sidosryhmiltä heidän näkemyksensä asiakkaan edistymisestä. Kirjaa yhteenveto mittaustuloksineen asiakkaan tietoihin.

Tarvittaessa, päivitä kuntoutumissuunnitelmaa, ja lähetä se tiedoksi tarvittaville sidosryhmille. Muista, että tarvitset asiakkaan luvan, kun olet lähettämässä asiakkaan tietoja muille, tai tiedottamassa sidosryhmiä potilastietojärjestelmään tehdyistä kuntoutustiedoista.



Muista aina pyytää asiakkaalta lupa hänen tietojen jakamiseen



7. Miten onnistuttiin?



Kotikuntoutumisjakson lopussa kanssani keskustellaan siitä, miten olen kokenut suunnitelman toteuttamisen, ja olenko edelleen hyvällä matkalla kohti tavoitetta. Mikä on tuntunut vaikealta, mikä taas motivoi. Minulta ja läheiseltäni pyydetään näkemystä, minkälaisena koemme toimintakyvyn kuntouttavien toimien jälkeen - arviota siitä, mikä on muuttunut ja miten. Minulta kysytään mielipidettäni ja tyytyväisyyttäni kotikuntoutuksen toteutumisesta.

Kuntoutusjakson lopussa

- Saan kertoa omista näkemyksistäni ja kokemuksistani
- Saan antaa palautetta

Tee loppuarviointi, jossa teet kaikki asetettuihin tavoitteisiin liittyvät mittaukset

Tee yhteenveto, jossa mittaustulokset yhdistyvät havaintoihin asiakkaan toimintakyvyn muutoksista sekä asiakkaan mielipiteeseen omasta edistymisestään. Oleellista on, onko kuntoutuksella ollut vaikutusta asiakkaan arkeen. Tee GRC-arviointi sovittua kysymystä käyttäen.

Selvitä sidosryhmiltä heidän näkemyksensä edistymisestä ja kirjaa yhteenveto mittaustuloksineen asiakkaan tietoihin.

Tarvittaessa päivitä kuntoutumissuunnitelma ja lähetä se tiedoksi tarvittaville sidosryhmille. Muista, että tarvitset tähän asiakkaan luvan.

Lopuksi, selvitä asiakkaan tyytyväisyys toteutuneeseen kotikuntoutukseen.



*Siirry tästä
Tyytyväisyyskysely-
pohjaan*



8. Mitä seuraavaksi?



Toimintakyvyn ylläpito edellyttää minulta jatkuvia tekoja. Siksi on tärkeää, että jatkosuunnitelma on sellainen, joka palvelee minua. Minun tulee kertoa, mihin olen edelleen motivoitunut, miten haluan itse vaikuttaa toimintakykyyni, ja millä keinoilla voin sitä ylläpitää.

Jatkosuunnitelmaa tehdessä on tärkeää, että...

- *kerron rehellisesti, mikä minua motivoi*
- *miten paljon olen valmis itse panostamaan ylläpitääkseni toimintakykyäni*

Tee jatkosuunnitelma yhteistyössä asiakkaan kanssa

Jatkosuunnitelman tulee pohjautua toteutuneen jakson tuloksiin, asiakkaan kokemuksiin ja esittämään tahtotilaan jatkotoimista, sekä sidosryhmien näkemykseen edistymisestä.

Asettakaa tavoitetila ja sopikaa seuranta-aikataulusta yhdessä asiakkaan kanssa. Kirjaa jatkosuunnitelma asiakkaan tietoihin.

Kirjaa toteutunut kotikuntoutus yhteenvedoksi ja lähetä se tarvittaville sidosryhmille tiedoksi. Muista taas pyytää asiakkaalta lupa tiedottamiseen.

Sovi asiakkaan kanssa seurannan jaksotus ja tarkistuksen ajankohta. Vastuu näiden toteutumisesta on sinulla ammattilaisena.

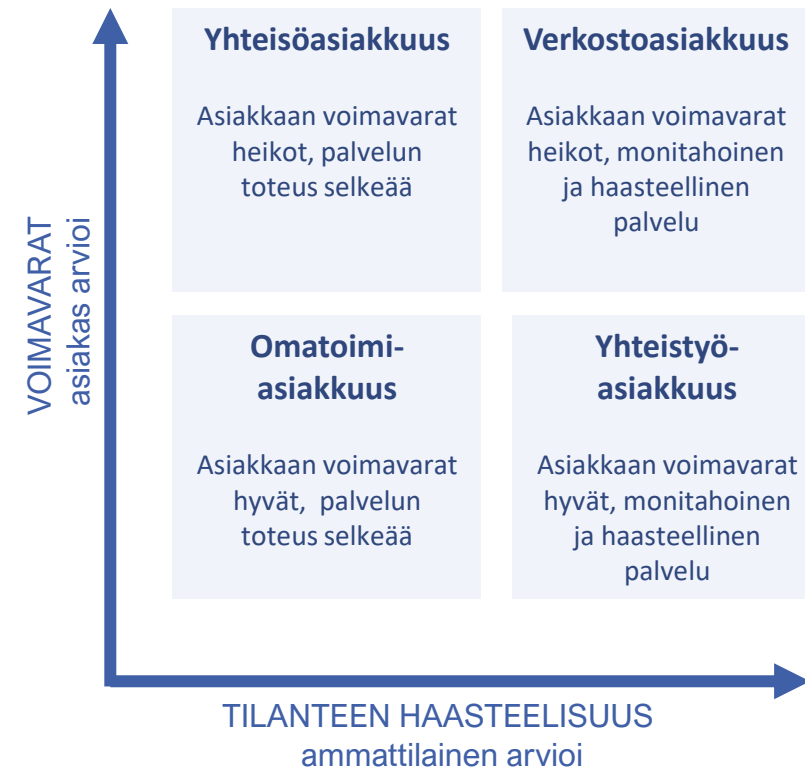


Tutustu esimerkkeihin hyvistä käytännöistä



Jatkosuunnitelma

Omatoimi-asiakkuus	Yhteisö-asiakkuus	Yhteistyö-asiakkuus	Verkosto-asiakkuus
Kuvaus	Kuvaus	Kuvaus	Kuvaus
Painopiste	Painopiste	Painopiste	Painopiste
Kuntoutuksen tavoite	Kuntoutuksen tavoite	Kuntoutuksen tavoite	Kuntoutuksen tavoite
Yhteydenpitotapa	Yhteydenpitotapa	Yhteydenpitotapa	Yhteydenpitotapa
Tyypilliset kuntoutuspalvelut	Tyypilliset kuntoutuspalvelut	Tyypilliset kuntoutuspalvelut	Tyypilliset kuntoutuspalvelut



Viite Sovellettu Digifinlandin Omasuuntima-kuvaus