

# Asiakkaan palvelupolku kotikuntoutuksessa

Saavutettava versio, rinnakkainen kuvitetun ppt-version kanssa

5.4.2023

*Itä* UUSIMAA  
*Östra* NYLAND

Hyvinvointialue  
Välärdssområde

# 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.
  - Asiakkaalle on tärkeätä saada tietää, mitä kuntoutus tarkoittaa hänelle
  - Ammatilaisen on tärkeätä selvittää asiakkaalle parhaiten soveltuva palvelukokonaisuus
- Palvelupolku muodostuu kahdeksasta (8) toisiaan seuraavasta eri vaiheesta. Jokaisen asiakkaan kuntoutumisprosessi sisältää kaikki vaiheet, mutta vaiheen laajuus, sisältö ja kesto vaihtelevat.
- Tämä kuvausversio on rinnakkainen alkuperäiseen powerpoint-esitykseen, jossa tekstin lisäksi asiakkaan kotikuntoutuksen polkua visualisoidaan kuvien avulla.

# Toiminnalliset periaatteet

- Kuntoutujan näkökulma:
  - 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
- Ammattilaisen näkökulma:
  - Kuntoutujan omat tavoitteet ja tahtotila määrittävät valittavat keinot
  - 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

1.  
Tarve  
ilme-  
nee

2.  
Miten  
tarve  
arvioi-  
daan?

3.  
Mitä  
tavoitel-  
laan?

4.  
Millä  
keinoilla?

5.  
Miten  
edetään  
?

6.  
Miten  
on  
edistytty  
?

7.  
Miten  
onnistut-  
tiin?

8.  
Mitä  
seuraa-  
vaksi?

Ammattilaisten polku

Seuraavilla sivuilla kuntoutujan/ asiakkaan näkökulma on aina yläpuolella vaaleanpunaisella pohjalla ja ammattilaisen näkökulma alapuolella vaaleansinisellä pohjalla. Vaihe kaksi on kahdella eri sivulla.

# 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. Tiedonjakoon omaisilleni tarvitaan suostumukseni.*

## **Kun tunnistat asiakkaan tarpeen kotikuntoutukselle**

- Terveystieteidenhuollossa: Lääkärinä, sairaanhoitajana, terveydenhoitajana, terapeuttina tai sosiaalityöntekijänä
- Sairaalassa: Lääkärinä, sairaanhoitajana, terveydenhoitajana tai terapeuttina
- 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 ja miten kerrot asiasta asiakkaalle
- jos tarvitset tarkempia tietoja kotikuntoutuksen tarpeen arviointiin, selvität, kuka ottaa vastaan pyynnön

*Muista pyytää asiakkaalta lupa hänen tietojensa jakamiseen!*

## 2. Miten tarve arvioidaan? (1/2)

*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.*

... ammattilaisen kuvaus seuraavalla sivulla...

## 2. Miten tarve arvioidaan? (2/2)

.... Asiakkaan / kuntoutujan kuvaus edellisellä sivulla...

### 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 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 tämän hetkinen kuntoutumissuunnitelma läpi yhdessä kuntoutujan kanssa

# 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?*

## **Kun muotoilet kotikuntoutukselle asetettavia tavoitteita:**

- Perusta tavoitteet aina asiakkaan esittämiin toiveisiin ja tahtotilaan.
- Tehtäväni 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.



## 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-, päivittäistoimintojen tms. harjoittelua.*

### **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 sidoryhmille, mutta muista pyytää asiakkaalta lupa tiedottamiseen. Kontaktoi sidoryhmiä tarvittaessa puhelimitse.

# 5. Miten edetään?

*Olen itse, mahdollisesti läheiseni kanssa, aktiivisesti mukana tekemässä kuntoutumissuunnitelmaani. Suunnitelmaan tarvitaan aina minun hyväksyntä. 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.*

## **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.

## 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.*

### **Tee väliarvionti, 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. Tee GRC-arviointi sovittua kysymystä käyttäen.

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 tietojensa 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.*

## **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.

## 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.*

### **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.

# Jatkosuunnitelma

- Jatkosuunnitelmassa käytetään hyödyksi Omasuuntiman antamaa asiakkuuksien ryhmittelyä. Ryhmittely koostuu neljästä erilaisesta asiakkuuden tasosta. Näitä ovat:
  - Omatoimiasiakkuus, jossa asiakkaan voimavarat ovat hyvät ja palvelun toteutus selkeää
  - Yhteisöasiakkuus, jossa asiakkaan voimavarat ovat heikot ja palvelun toteutus selkeää
  - Yhteistyöasiakkuus, jossa asiakkaan voimavarat ovat hyvät ja palvelu monitahoista ja haasteellista
  - Verkostoasiakkuus, jossa asiakkaan voimavarat ovat heikot ja palvelu monitahoista ja haasteellista
- Jokaisen tason tarkat ominaispiirteet laaditaan myöhemmin. Ominaispiireisiin kirjataan kuvaus tasosta, sen painopiste, kuntoutuksen tavoite, yhteydenpitotavat asiakkaan ja ammattilaisten välillä ja tason tyypilliset kuntoutuspalvelut.
- Omasuuntiman käytöstä kotikuntoutuksessa työkaluna tehdään päätös myöhemmin.

# Hyödyllisiä linkkejä ja lisätietoja

*Siirry tästä Kotikuntoutuksen palvelukuvaukseen*

*Siirry tästä Uudenmaan kotikuntoutuksen käsikirjaan*

*Siirry tästä Omasuuntimaan (ei vielä käytössä Itä-Uudenmaan kotikuntoutuksessa)*

*Siirry tästä Toimia-suositukseen koskien kotikuntoutusta*

*Siirry tästä Terveyskylän Kuntoutussuunnitelma-sivulle*

*Siirry tästä Tyytyväisyyskyselyyn*