



Pohde

Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue



Kotikuntoutuksen toimintamallit Pilotit 12/22 - 12/23

Pohteen kotikuntoutuksen
toimintamallien pilotit Ennaltaehkäisevä
ja Arvioiva kotikuntoutus

Kotikuntoutuksen pilotit



1. Lähtötilanne: kotikuntoutuksen toimintamallit
 - Ennaltaehkäisevä kotikuntoutus
 - Arvioiva kotikuntoutus
2. Arvioivan kotikuntoutuksen pilotoinnit
 - Muhos
 - Ii
 - Kalajoki
 - Ylivieska-Alavieska ja Nivala-Sievi
3. Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen pilotoinnit
 - Oulu
 - Kalajoki
 - Ylivieska-Alavieska ja Nivala-Sievi
4. Johtoryhmälle esitetyt toimintamallit pilotointien jälkeen
5. Jatkokehittämistarpeet

Kotikuntoutuksen toimintamallit pilottien alussa

Lähtötilanne kotikuntoutuksen toimintamalleissa

Pilottien taustaa

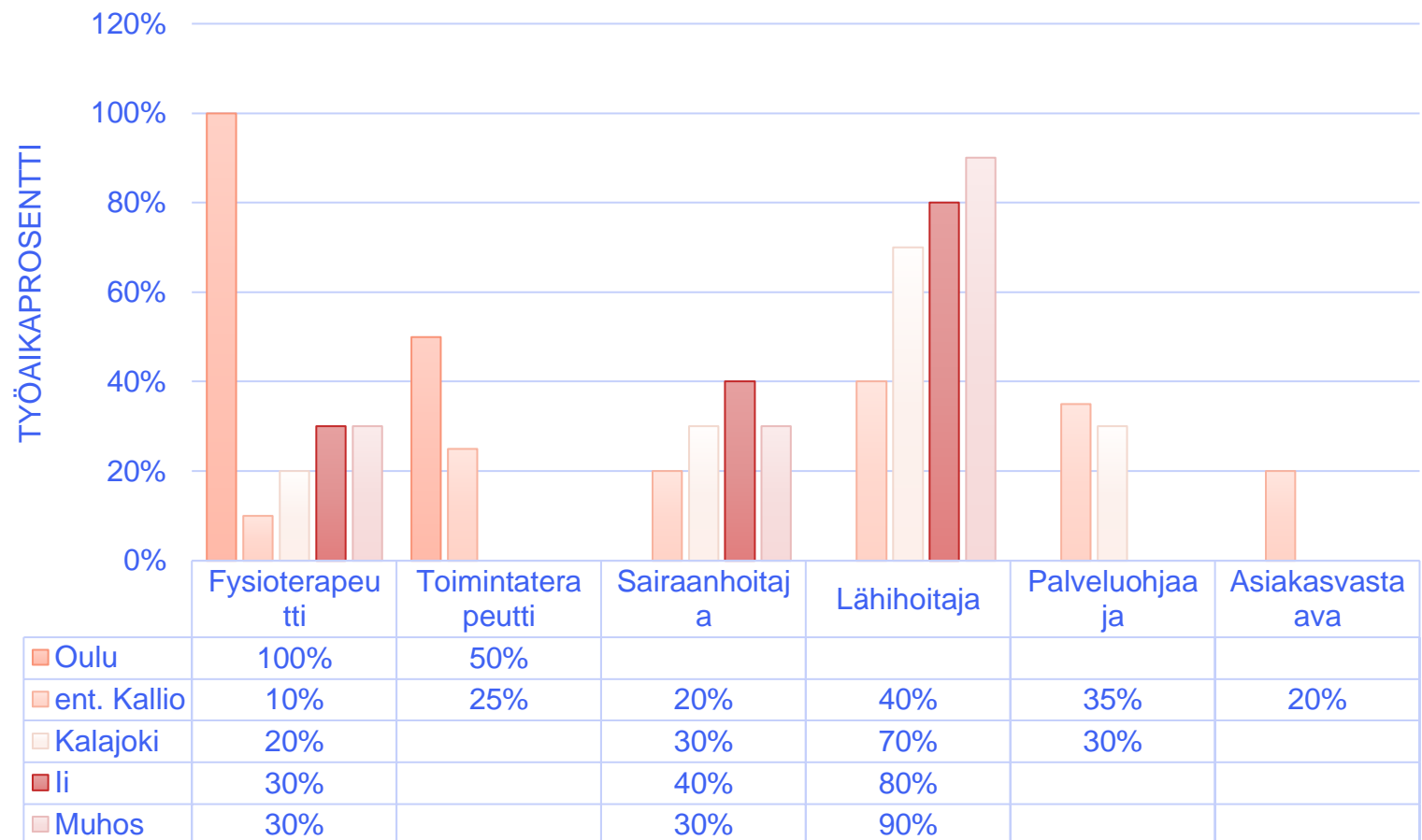
- Pilottihaku toteutettiin syksyllä 2022 ja pilotit toteutuivat 12/2022–5/2023 välillä
 - Okkola: Oulunkaari, Lakeus
 - Oulu
 - OuRa: Oulun Rannikko eteläinen ja Oulun eteläinen läntinen
- Pilottitiimiin hankkeesta varattu panos 1,5 htv/tiimi
 - Tiimeistä voitiin panostaa lisää kotihoidon omasta toiminnasta
- Pilottijaksot kestivät 3 kuukautta
- Alueet, joilla oli jo kotikuntoutustoimintaa pilotoivat ennaltaehkäisevää ja osa myös arvioivaa kotikuntoutusta
- Alueet, joilla ei ollut ennestään kotikuntoutustoimintaa pilotoivat arvioivaa kotikuntoutusta
- Tarkoitus oli kokeilla kehitettyjä kotikuntoutuksen toimintamalleja
 - Tavoitteena oli muokata eri alueiden kokemusten pohjalta toimintamalleja käytännön toimintaa vastaavaksi
 - Tavoitteena oli, että pilottijakson jälkeen kotikuntoutus toimintaa jatketaan ja laajennetaan alueella

Henkilöstömäärä eri pilottialueilla

Kaikki henkilöstöresurssi ei toteutunut suunnitellusti pitkien poissaolojen ja sijaisten puutteen vuoksi → tässä suunnitellut panokset.

Ammattilaisten työaikaprocentit ilmoitettu alueilta kokonaisuudessaan.
Työntekijöiden määrä (+ammattiryhmät) ilmoitetaan kunkin alueen tulosdioissa.

Henkilöstön työaikaprocentit pilotissa, 1.5 htv/pilottitiimi



Kotikuntoutuksen palvelupolut – Alkuperäinen, ennen pilotoiteja

Palveluun hakeutuminen
Toimintakyky muuttunut

Toimintakyvyn tukemisen jaksot ENNI
Ei säännöllisen tuen tarvetta

Arvioiva kotikuntoutusjakso ARVI
Säännöllisen tuen tarve

Tehostettu kotikuntoutusjakso
Säännöllisen tuen tarve



ENNI – Ennaltaehkäisevän kotikuntoutusjakson palvelupolku – Ennen pilotoiteja

Palveluun hakeutuminen



1

Kotikuntoutustarpeen tunnistaminen

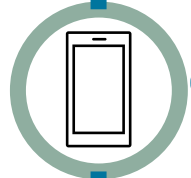
Asiakas tai hänen läheisensä tunnistaa arjen tilanteen, jossa tarvitaan tukeja apua.



2

Tiedon etsiminen

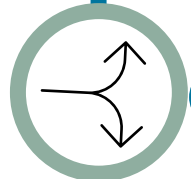
Asiakas tai hänen läheisensä etsii kuntoutukseen liittyvää tietoa eri lähteistä. Soteammattilainen voi ohjata palveluun esim. vastaanottokäynnillä.



3

Yhteyden ottaminen

Asiakas tai läheinen ottaa yhteyttä palveluohjaukseen. Soteammattilainen voi luvalla ottaa yhteyttä asiakkaan puolesta.



4

Kuntoutustarpeen arvioiminen

Kuntoutustarvetta arvioidaan kotikäynnillä tai etätapaamisessa.

Toimintakyvyn tukemisen jakso



5

ENNI-jakson aloitus

Arkijakson aloitustapaaminen, jossa aloitetaan suunniteltu toiminta, tapaamiset tai tehdään kotikäynti. Mukana kuntoutumista tukevat toimijat.



6

ENNI-jakso

Asiakas toteuttaa kuntoutumista edistäviä toimia sovitun suunnitelman mukaisesti. Toiminta tapahtuu kotona, etäohjatuksi tai erilaisissa toimintaympäristöissä.



7

Väliarviointi

Tarvittaessa tehdään väliarviointia, jonka toteutus sovitaan yksilöllisesti. Väliarviointi voidaan toteuttaa etänä.



8

Loppuarviointi

Arkijakson loppuarvioinnin tuloksena asiakas tietää mahdollisuudet, miten jatkaa oman hyvinvoinnin ylläpitämistä.

Jakson seuranta

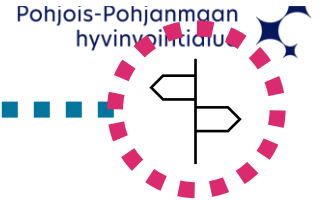


9

Seurantatapaamiset

Asiakas osallistuu seurantatapaamisiin, joita tehdään tarvittaessa 1-3 tapaamista. Toteutetaan yleensä puhelinkeskusteluna.

Ohjaus muualle



10

Ohjaus muuhun toimenpiteeseen

Asiakas saa ohjauksen muuhun toimintaan arkijakson sijaan.



Arkiverkosto – ammattilaiset kuntoutumisen tukena



Kuntoutustarpeen tunnistaja on usein soteammattilainen, joka ohjaa palveluun



Asiakasohjaaja tekee palvelun tarpeen arvioinnin



Kuntoutustiimi organisoii, seuraa ja suunnittelee kuntoutusjakson



Toimintakyvyn tukija toimii yhteistyössä kuntoutustiimin kanssa.

ARVI – arvioivan kotikuntoutusjakson palvelupolku – Ennen pilotoiteja

Palveluun hakeutuminen



1

Asiakaan toimintakyky muuttunut

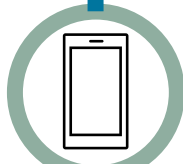
Asiakas tai hänen läheisensä tunnistaa arjen tilanteen, jossa tarvitaan säännöllistä tukea ja apua.



2

Tiedon etsiminen

Asiakas tai hänen läheisensä etsii kuntoutukseen liittyvää tietoa eri lähteistä. Soteammattilainen voi ohjata palveluun esim. vastaanottokäynnillä.

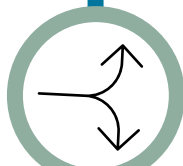


3

Yhteyden ottaminen

Asiakas tai läheinen ottaa yhteyttä palveluohjaukseen. Soteammattilainen voi luvalla ottaa yhteyttä asiakkaan puolesta.

Sairaalasta otetaan yhteys palveluohjaukseen / kotiutustiimiin.



4

Säännöllisen kotihoidon tarpeen tunnistaminen

Palvelutarpeen arviointi kotikäyntinä. Säännöllisen tuen kriteerit täyttyvät.

Toimintakyvyn tukemisen jakso



5

Moniammatillinen alkuarviointi

Moniammatillinen alkuarviointi asiakkaan kotona. Tehdään / aloitetaan RAI arviointi + muut tarvittavat toimintakyvyn testit ja arvioinnit. Kuntoutussuunnitelma asiakkaan omien tavoitteiden pohjalta.



6

Kuntouttava arviointijakso 2-8 vko

Asiakas toteuttaa kuntoutumista edistäviä toimia hoitajien ja terapeuttien tuella sovitun suunnitelman mukaisesti. Toiminta tapahtuu kotona, etäohjatuksi tai erilaisissa toimintaympäristöissä.



7

Moniammatillinen loppuarviointi

Moniammatillinen loppuarviointi asiakkaan kotona yhteistyössä palveluohjauksen kanssa. Jakson yhteenveto ja tulokset. RAI arviointi + muut alkuarvioinnin testit.

1. Asiakas jatkaa arjessaan kotona itsenäisesti / tukipalveluiden turvin
2. Asiakkaalle tehdään säännöllisen kotihoidon päätös

Jakson seuranta



8

Seurantakäynnit

Asiakas osallistuu seuranta tapaamisiin 1kk, 3kk ja 6kk jakson päättymisestä. Toteutetaan kotikäyntinä, etälaitteella tai puhelimitse. Ainakin yksi käynti fyysinen kotikäynti. 6kk seurantakäynnillä tehdään uudestaan RAI arviointi, niille asiakkaille, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä.

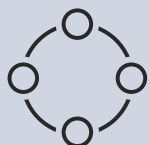
Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue



9

Ohjaus muuhun toimenpiteeseen

Asiakas saa ohjauksen muuhun toimintaan.



Arkiverkosto –
ammattilaiset
kuntoutumisen tukena



Palveluohjaaja
tekee palvelun tarpeen
arvioinnin



Moniammatillinen kuntoutustiimi
lähihoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, palveluohjaaja,
lääkäri ja muut tarvittavat ammattilaiset



Toimintakyvyn tukijat
omainen, läheinen, seurakunta, 3 sektori
yhteistyössä kuntoutustiimin kanssa.

Arvioivan kotikuntoutusjakson pilotoinnit 12/22 - 5/23

"Ikäihminen pystyy elämään ja asumaan kotona mahdollisimman toimintakykyisenä ja turvallisessa ympäristössä pitkään ja hän pystyy ylläpitämään mahdollisimman itsenäisesti terveyttään ja hyvinvointiaan

Toteutetaan kotiin annettavat arviointi- ja kuntoutusjaksot ennen säännöllisiä palveluita

Yhteinen moniammatillinen kotikuntoutuksen toimintamalli koko hyvinvointialueelle"

Muhos 12/22 - 2/23

- Pilotissa oli mukana kotihoidon 3 lähihoitajaa, 1 sairaanhoitaja ja 1 avopuolen fysioterapeutti
- Aiempaa kokemusta kotikuntoutuksesta oli kotihoidon sisällä toteutetusta arvioivasta jaksosta ja kuntoutusjaksosta
 - Lyhyitä jaksoja, joissa päävastuu hoitohenkilöstöllä
- Moniammatillisuuden lisääminen asiakkaan arvioinnissa
 - Haasteena pieni terapeuttiresurssi → yhteisten palaveriaikojen tai käyntiaikojen sopiminen vaikeaa
 - Ei yhteisiä sovittuja tiimipalavereita → jatkossa niiden kalenteroiminen aikataulujen sovittamiseksi
- Pidemmällä, moniammatillisilla arvioivan kotikuntoutuksen jaksoilla saatu sekä asiakkaiden arki jatkumaan ilman palveluita, että arvioitua asiakkaan kotihoidon käyntimäärät ja –sisällöt paremmin

li 1-3/23

- Pilotissa oli mukana kotihoidon 4 lähihoitajaa, 2 sairaanhoitajaa ja 1 avopuolen fysioterapeutti
- Hyödyt
 - Mahdollisuus käyttää kuntouttavaa, voimavaralähtöistä ajattelu- ja työtapaa → Palveluhenkisestä työotteesta kuntouttavaan työotteeseen
 - Asiakkaalle varattu aikaa, joka mahdollistanut ohjaamisen omatoimisuuteen → asiakkaat kokeneet, että elämänlaatu on parantunut
 - Enemmän aikaa perehtyä asiakkaan taustoihin ja terveydentilaan/toimintakykyyn
- Haasteet
 - Kotihoidon työnjakoon liittyvät ongelmat/ajankäyttö → muun kotihoidon tiimin muutosvastaisuus ja vähäinen tietoisuus Arvi-jaksojen merkityksestä
 - Pilotti lähti nopealla aikataululla, suunnitelmallisuuden puute sekä henkilöstön ohjaaminen oli puutteellista
 - Asiakkaat Arviin tullessa Pilotin alkuvaiheessa erittäin huonokuntoisia
 - Omaisille tiedottaminen

”Tavoitteena konkreettisen käytännön toiminnan suunnittelu ja aloittaminen hyvinvointialueen ikäihmisten kuntoutustavoitteiden mukaisesti”

”Arvioivalla jaksolla asiakas saa ohjausta ja tukea päivittäisiin toimintoihin ja liikkumisen harjoitteluun. Omaisten, läheisten ja järjestöjen osallistaminen. Lisätään tuki-, digi- ja turvapalveluja kotona pärjäämisen tueksi. (Etäkotihoito, lääkeautomaatti, päivätoiminta, ateriapalvelu ja turvapuhelin). Kolmannen sektorin palvelujen hyödyntäminen.”

”Arvioivalla kotikuntoutuksella pyritään vähentämään säännöllisten kotiin annettavien palvelujen tarvetta sekä parantamaan asiakkaan elämänlaatua ja osallisuutta.”

Ii: Asiakasseuranta

Asiakasmäärä 18 pilotin aikana (19 asiakasta aloittanut jakson)

- Keski-ikä 76,9 vuotta

Jakson kesto/kaikki asiakkaat, keskiarvot

- 4,1 viikkoa (1–7vk)

Ohjautuminen arvioivaan kotikuntoutukseen

- 4 palvelutarpeen arvioinnin kautta
- 14 suoraan osastolta
 - 6 palveluohjauksen kautta kotikuntoutustiimille
 - 8 kotiuttavalta taholta suoraan kotikuntoutustiimille
- 1 terveyskeskuksesta (Jakso vain 6vrk, ei palveluita jakson jälkeen)

Käyntimäärien tarve/vrk jakson alussa 2,9 käyntiä (keskiarvo, arviolta 33,7h/kk) 2,5 käyntiä jakson lopussa (arviolta 22 h/kk)

- Palvelutunnit/kk vaihtelivat jakson alussa 10–80 h/kk
- Jakson jälkeen 11 asiakkaan kotihoidon palvelutunnit vaihtelivat 9–80 h/kk
- Jakson jälkeen 3 asiakkaalle jäi kotisairaanhoidon käyntejä 2h/kk ja 1 asiakkaalle 2 käyntiä/viikko

Jakson jälkeen 2 asiakkaalle ei jäänyt palveluita (kuitenkin turvapuhelin)

- 2 asiakasta siirtyi suoraan ympärivuorokautiseen palveluasumiseen
 - Toisen jakso keskeytynyt jo alussa osastohoitoon

Muut palvelut kotikuntoutusjakson jälkeen/aikana käyttöön otetut

- Etäkotihoito 1 asiakas
- Kuntouttava päivätoiminta 2 asiakkaalle
- Turvaranneke 16 asiakkaalle
- Ateriapalvelu 6 asiakkaalle

Kalajoki 3-5/23

- Pilotissa oli mukana kotihoidon 3 lähihoitajaa, 1 sairaanhoitaja/asiakasvastaava, 1 avopuolen fysioterapeutti ja 2 palveluohjaajaa (resurssipulan vuoksi vain arvioivan kotikuntoutusjakson pilotointi toteutettiin)
 - Lähihoitajat ovat olleet kotihoidon työntekijöitä, joten arviointia ei aina ole voitu toteuttaa tehokkaalla/laadukkaalla tavalla resurssipulan vuoksi
 - Fysioterapeutin työpanosta oli ainoastaan pilottijakson alkuvaiheessa
 - Hyödyt
 - Kotikuntoutuksen työntekijöiden mukaan arviointijaksot ovat vähentäneet kotihoidon palveluiden määrää tai kotihoitoa ei ole tarvinnut järjestää ollenkaan.
 - RAI-arviointi tarkentaa asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja. Lisäksi mittareiden käyttöönotto on lisännyt/ syventänyt tietoutta asiakkaan palveluiden tarpeesta.
 - Haasteet
 - Selkeä tiimiin vetäjä ja esihenkilön tuki puuttunut
 - Tiimin jäsenet ovat olleet eri yksiköistä, joka on vaikeuttanut ja hankaloittanut yhteistyön tekemistä.
- Tämä on vaikeuttanut yhteisien aikojen löytämistä.

Arviointiyksikön ja kotikuntouksen tärkeys palvelutarpeiden arvioinnissa ja asiakkaiden kuntoutumisessa

Arvi-jaksot ovat kustannustehokkaita, koska vähentää kotihoidon tarvetta asiakkailta, ensihoidon kuormitusta sekä sairaalahoidon tarvetta

Nivala–Sievi ja Ylivieska–Alavieska 3-5/23

Tavoitteet: ”Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen jopa niin, ettei tarvitse kotihoidon palveluja. Teknologian käytön lisääminen ja teknologiamyönteisyyden lisääminen. Yhteistyön lisääminen kolmannen sektorin kanssa.”

- Pilotissa oli mukana kotikuntoutuksen 4 lähihoitajaa, 2 sairaanhoitajaa, 1 asiakasvastaava, avopuolen 1 fysio- ja 2 toimintaterapeuttia, 2 palveluohjaajaa
- Samankaltaista työtä tehty jo ennestään. Jaksojen pituus ollut 2 vk
 - Aiemmin palveluohjaajia ei ole ollut mukana jaksoilla eikä jaksoista ole tehty päätöksiä
 - Uusista asiakkaista 30-40 % ohjautunut säännölliseen kotihoitoon → Palvelusetelille ohjautunut 12 % asiakkaista.
- Pilotin aikana ollut myös pidempiä jaksoja → paremmat mahdollisuudet arvioinnille ja sen mukaiselle kuntouttamiselle
- Suurimman osan ajasta Arvi-asiakkuudet tulleet asiakasvastaan kautta
 - Tiimin sairaanhoitaja/lähihoitaja käynyt yleensä osastolla hoitoneuvottelussa ennen jakson aloitusta
 - Yksi asiakas tullut pilotin aikana palveluohjaajan kautta
 - Pilotin jälkeen kesällä kääntynyt pikkuhiljaa enemmän niin, että tulevat palveluohjaajan kautta

Esimerkiksi eräs asiakas asetti itse jaksolleen vaativat tavoitteet haastavassa lähtötilanteessa

”Tavoitteena oli liikuntakyvyn palautuminen ja liikkumisen apuvälineistä eroon pääseminen sekä itsenäinen, omatoiminen elämä ilman kotihoidon palveluja. Tavoitteet toteutuivat.”

”Alueilla ollut ennestään jo hyviä käytäntöjä, joita hyvä kuunnella ja nostaa esille. Kaikki, mikä toimii isoissa kaupungeissa ei välttämättä toimi maakunnassa. Ihmiset erilaisia, 'samaa muottia' ei voi käyttää kaikkien kanssa.”

”Hoitajien ammattitaitoon luotettu paljon ja asiat hoituneet hyvin. Totuttu toimimaan 'yli ammattilinjojen'. Tietoa levitetty aktiivisesti eri ammattiryhmien välillä. Resurssien vähäisyydestä johtuen ollut pakkokin toimia näin.”

Ylivieska–Alavieska & Nivala–Sievi: Asiakasseuranta

Koko asiakasmäärä 21 pilotin aikana (Enni + Arvi) → Resurssipula haasteena pilotin toteuttamiselle
Haasteena asiakasohjautumisen ja palveluohjauksen yhdistäminen/sopiminen aiempaan asiakasvastaavan tehtävään

Asiakasmäärä 9 Arvi-pilotin aikana

- Keski-ikä 79,8 vuotta

Jakson kesto/keskiarvo, kaikki asiakkaat

- 2,2 viikkoa (1–4 viikkoa)

Ohjautuminen arvioivaan kotikuntoutukseen

- 1 palvelutarpeen arvioinnin kautta
- 7 osastolta
- 1 osasto → ARVI-yksikkö → kotikuntoutus

5 asiakasta jatkoi itsenäistä arkea (osalla tukipalvelut, turvaranneke)

→ n. 55% jatkoi ilman säännöllisiä kotihoidon palveluita (pieni osallistujamäärä)

Käyntimäärien tarve/vrk jakson alussa 2,9 käyntiä (keskiarvo)

→ Jakson jälkeen 1,25 käyntiä (keskiarvo)

- Jakson jälkeen 3 asiakkaalle säännöllisen kh käynnit
Asiakas x: käynnit jakson alussa → käynnit jakson jälkeen
 - Asiakas 1: 2 käyntiä/vrk + kylvetys → 1 etäkotihoito + 1 iltakäynti kotiin/vrk
 - Asiakas 2: 4 käyntiä/vrk → 2 käyntiä/vrk
 - Asiakas 3: 3 käyntiä/vrk → 1 käynti/vrk
- Jakson jälkeen 1 asiakkaalle muut kevyemmät palvelut
 - Asiakas 4: 3 käyntiä/vrk → 1 käynti/vk palveluseteli kylvetys
- Turvaranneke 5 asiakkaalle
 - 1 asiakkaista lisäksi hellahälytín turvapuhelinpalveluun
- Ateriapalvelu 2 asiakkaalle

Saatavilla olevista pilottitiedoista Asiakasseurannan keskilukuja koko 3kk jaksolta

Arvioiva kotikuntoutus	Asiakkaat	Jakson kesto (ka/vk)	Käyntimäärät jakson alussa, krt/vrk (ka)	Käyntimäärät jakson jälkeen, krt/vk (ka)	Käyntimäärien keskiarvojen erotus, krt/vk	Käyntiaikojen (ka) erotus jakson alussa - lopussa, h/kk	Ilman säännöllistä kotihoitoa jääneet ** (%)	Suoraan ympärivuorokautiseen siirtyneet (hlö)
li	19	4,1	2,9	2,45	0,45	11,7	17,65	2
Ent. Kallio Yli-/Alavieska Nivala/Sievi	9	2,2	2,9	1,25	1,65	-	55	-
Yhteensä	28	3,15*	2,9*	1,7*	1,05*	11,7	36,3***	2

1,5htv/pilottialue; vaikuttanut pilottijakson asiakasmäärään ja tuloksiin (lissä myöhemmin päästy n.40% ilman palveluita jääneisiin, ent. Kallio tavanomainen 30-40% ilman palveluita jääneiden määrä)

* Yhteensä; keskiarvoista lasketut keskiarvot

**Laskettu ilman palveluita jääneisiin mukaan myös kotisairaanhoidon käynneille jäänyt tilapäinen haavahoito ja vähennetty suoraan ymp.vrk asumiseen siirtyneet kokonaisasiakasmäärästä

*** Yhteensä; prosenttien keskiarvo

Saatavilla olevista pilottitiedoista Pilottihenkilöstön keskilukuja koko 3kk jaksolta

Arvioiva kotikuntoutus	Asiakkaat pilottijakson aikana	Asiakasvastaava*	Lähihoitaja*	Sairaanhoitaja*	Fysioterapeutti*	Toimintaterapeutti*	Palveluohjaaja*
li	19	0	4 (20%)	2 (20%)	1 (30%)	0	0
Ent. Kallio Yli-/Alavieska Nivala/Sievi	9	1 (20%)	2 (10%)	0 (10%)***	1 (10%)	1 (10%)	2 (20% + 15%)
			1,3 (10%)**	0,3 (10%)**	0	1 (15%)	
Yhteensä	28	Pilointeja haastanut pitkät poissaolot ja kotihoidon resurssivaje.					

Suunniteltu: 1,5htv/pilottialue

*Henkilöstömäärä ammattiryhmittäin: Kiinnitettyjen työntekijöiden määrä/pilottijakso ja () heidän suunniteltu työaikaprosenttinsa

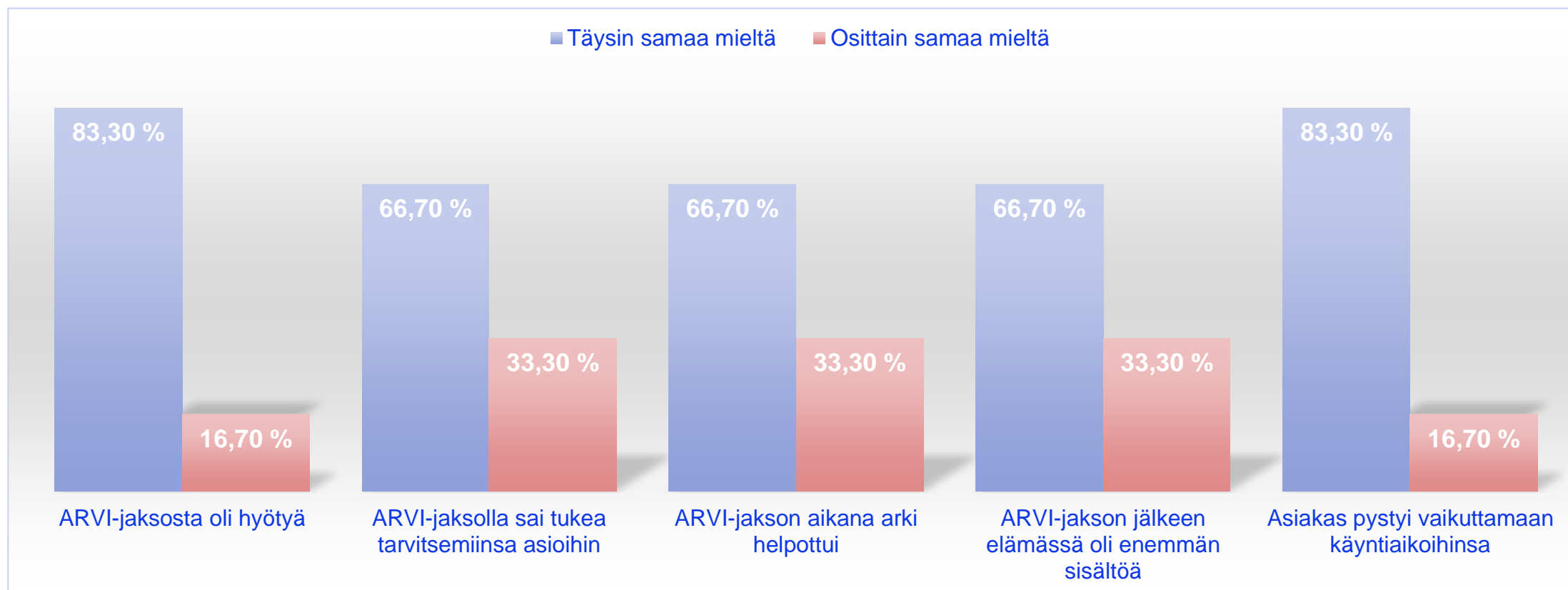
** 0,3 = 1 kiinnitetystä työntekijästä ollut suunnitellusta vain 1kk pilotista mukana

*** 0 = työntekijä ollut poissa koko pilotin

Asiakaspalautteet ARVI-jakso

Koko tiedossa olevan ARVI-pilottien asiakasmäärä N=28

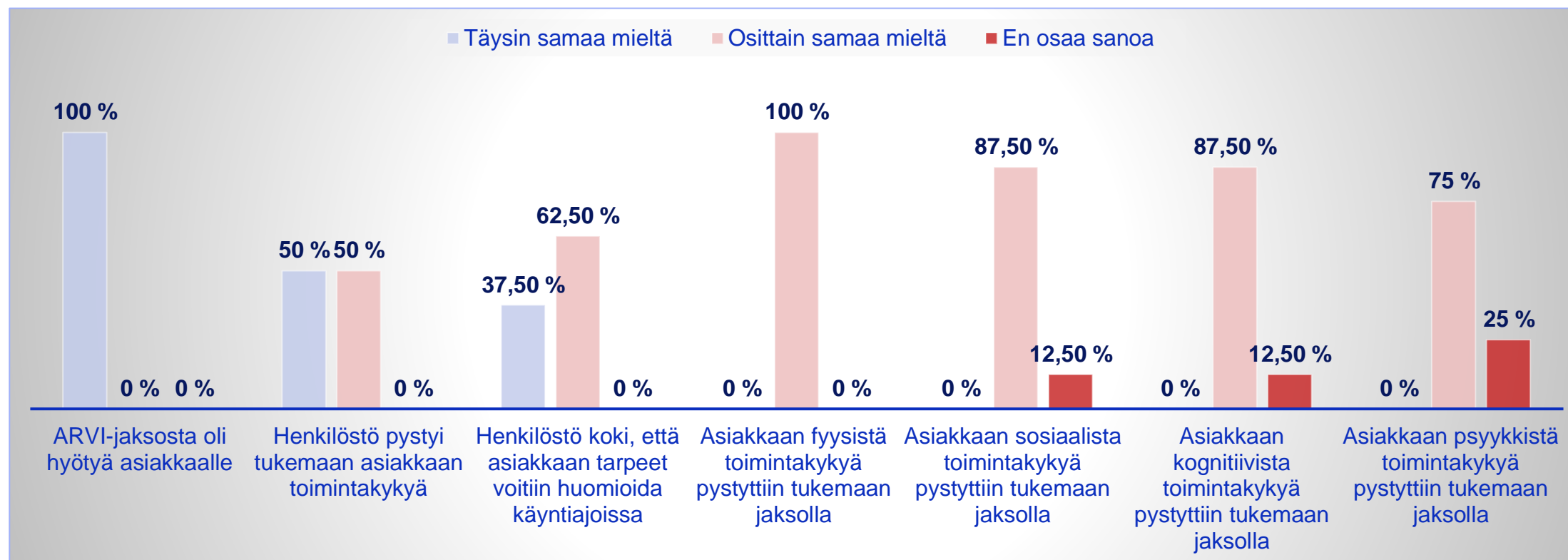
- n=6, vastausprosentti 21,4%



Henkilöstöpalautteet ARVI

Henkilöstöpalaute ARVI-pilotista n=8

- N=33, vastausprosentti 24,25%



Henkilöstöpalautteet ARVI

Avoimissa vastauksissa:

- Haasteet

Suurimmat haasteet oli työntekijöiden riittävyys ja kotihoidon sisällä toimimisesta aiheutuvat sitoutumattomuus ja käyntiaikojen lyhentely (n=6)

Käyntiaikojen ohjelmoinnin haasteet (n=4)

- Hyödyt tulevaisuutta ajatellen

Omaksi irrotettu tiimi --> lisää sitoutumista (n=2)

Moniammatillinen arviointi ja kuntouttava työskentelyote (n=6)x

Hyvä toteuttaa ennen kotihoitoa --> turhat palvelut jää pois ja vastataan asiakkaan tarpeeseen (n=7)

Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen pilotoinnit 1/23 - 5/23

Tavoitteena ottaa uusi kotikuntoutuksen toimintamalli käyttöön ja muokata sitä käytäntöön soveltuvaksi

Oulu 1–3/23

Tavoitteet: ”Arvioidaan ENNI-mallin toimivuutta ja tehdään siihen tarvittavat muutokset. Arvioidaan, millaisille asiakasryhmille ENNI-jakso sopii. Valmistetaan materiaalia ENNI-toiminnan tueksi: tiedotteet ja fraasipohja. Testataan WHODAS 2.0 12 kysymyksen arviointimenetelmää ja sen soveltuvuutta asiakasohjaukseen.”

Pilotissa toimi kotikuntoutustiimin fysio- ja toimintaterapeutti

Suurin osa asiakkaista tarvitsi neuvontaa, ohjausta, yhteisesti sovitut tavoitteet ja niiden saavuttamiseen konkreettiset suunnitelmat ja seurannan

→ Useille oli aiemmin jo tehty ohjaus- ja neuvontakäyntejä, paljon tietoa ja esitteitä → eivät hakeutuneet toimintaan

Pienelle osalle asiakkaista tehtiin ENNI-jaksolla useita käyntejä → Oikein suunnattu ja mitoitettu apu antaa parhaan mahdollisen hyödyn myös taloudellisesti.

→ Nämä asiakkaat eivät täyttäneet säännöllisen kotihoidon kriteereitä → jakson aikana saatettiin harjoitella useasti esim. laboratorioon menoa tai ryhmään kulkemista ennen itsenäistä onnistumista

Pilotin aikana ensikäynneistä 34 tehtiin terapeuttiparina

- Jatkossa suurin osa ENNIn ensikäynneistä on mahdollista ja järkevää tehdä parityöskentelyn sijaan yksin → Osalle asiakkaista on edelleen hyvä tehdä parikäynti joko toiminta- ja fysioterapeutin tai terapeutin ja hoitajan toimesta

Asiakkaista suurin osa pystyy hakeutumaan itsenäisesti tai ohjattuna perusterveydenhuollon palveluihin

- Osalle konsultaatiot ja hoitajakäynnit välttämättömiä → terveyden- tai sairaudenhoidon asiat nopeasti hoidettua, ennen isompaa palvelua vaativia tilanteita (lääke- ja kivunhoito)

”ENNI-käynneistä suurin osa toteutui pilotin aikana terapeuttien toimesta. Tulevaisuudessa osan jatkokäynneistä voi tehdä hoiva-avustaja. Tällaisia käyntejä voivat olla esimerkiksi asiakkaan kanssa Onni-palvelulinjan käytön harjoittelu ja ulkona liikkumisen tukeminen.”

”ENNI-jaksoilla pystyttiin ohjaamaan asiakkaita oikeiden palveluiden piiriin terveydenhuoltoon, liikunta- ja kulttuuripalveluihin, kolmannelle sektorille tai seurakuntiin.”

”Asiakkaalle sopivat ja oikeat palvelut tuovat psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia, vähentävät terveydenhuollon kustannuksia myöhäistämällä raskaampien palveluiden aloitusta.”

”Mikäli hoitajan kotikäyntejä tarvitaan, ne tulee mielestämme toteuttaa sujuvasti ja nopeasti kotiutus- kotikuntoutustimistä.”

Oulu: Asiakasseuranta

Pilottiin hankkeesta 1tt ja 1ft;

Asiakasmäärä 62 pilotin aikana

- Keski-ikä 79,3 vuotta

Kontaktimäärät/kaikki asiakkaat, keskiarvot

- 2,7 lähikontaktia
- 2,2 etäkontaktia
- 2,5 muut konsultaatiot (esim. lääkäri, sh)

Ohjautuminen ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen

- 20 kotiutustiimin kautta → Whodas 12 + 3lisäkysymystä testattu (ei koettu hyödylliseksi)
- 6 palveluohjauksesta
- 35 hyvinvointikeskuksesta

- **20 asiakasta ohjautui kolmannen sektorin toimintaan**
- **2 asiakasta ohjautui kaupungin toimintaan**
- **42 asiakasta Pohteen omaan toimintaan/palveluita**
 - 2 Päivätoimintaan
 - 2 turvapuhelin
 - 10 terapeutin ryhmätoimintaan
 - 4 etäryhmätoimintaan
 - 10 apuvälineet
 - 6 Arvioivalle kotikuntoutusjaksolle/säännölliseen kotihoitoon
 - Yksittäisiä ft-lähetteitä, ravitsemusterapeutin lähetteitä, lääkärikäyntejä ja labroja, etuuksien hakemista, sairaalajaksoja

Nivala-Sievi & Ylivieska-Alavieska 3–5/23

- Pilotissa ENNI-asiakkuudet toimintaterapeutin ja palveluohjaajan vastuulla
- Aiemmin ollut ENNI-tyyppistä työtä Ylivieskassa kuntohoitajan toimesta, toiminta päätynyt n. 3 v sitten.
 - Kuntohoitaja veti kuntosaliryhmää kahtena päivänä viikossa vanhustenkotiyhdistyksen tiloissa → valitsi asiakkaille sopivat ryhmät
 - Esim. terveyskeskuksen ryhmistä lähetetty tähän ryhmään sellaisia iäkkäitä asiakkaita ja muut iäkkäät kuntalaiset saivat myös tulla → ryhmän jäsenet eivät ole valmiita menemään yleisille kuntosaleille.
 - Asiakkaat ohjattiin tarvittaessa järjestöjen kuntosaliryhmiin
 - Yhteistyötä myös liikuntatoimen ja järjestöjen kanssa.
- Asiakkaat tulleet asiakas- ja/tai palveluohjauksen kautta
 - Käyntejä ollut 1-5 tarpeesta riippuen
 - Toimintaterapeutin käynneillä mietitty yhdessä asiakkaan kanssa jakson tavoitteita.
- Käyntien sisältönä ollut esim. liikkumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen rohkaiseminen, palveluista kertominen, ohjaus/neuvonta muihin tarvittaviin palveluihin esim. kansantautihoitajille/siivouspalvelun ostamiseen.

Asiakasesimerkki:

”Keskusteltu asiakkaan omista tavoitteista ENNI-jaksolle ja suunniteltu jakson kesto ja aikataulutusta. Asiakkaan omana tavoitteena, että uskaltaa lähteä käymään yksin kaupassa kävellen.

Käynnit parin viikon välein. Kävelymatkaa pidennetty joka käynnillä. Kannustettu käymään kävelyllä käyntien välillä omien voimavarojen mukaisesti. Käyntejä yhteensä neljä.

Lähtötilanteessa uskalsi käydä itsenäisesti postilaatikolla. Jakson päättyessä uskalsi käydä jo yli puolessa välissä kauppamatkasta. Löysi jakson aikana rohkeuden ja uskalluksen itsenäiseen ulkona liikkumiseen.”

Ylivieska–Alavieska, Nivala–Sievi: Asiakasseuranta

Koko asiakasmäärä 21 pilotin aikana → Resurssipula haasteena pilotin toteuttamiselle
Ennaltaehkäisevää kotikuntoutusta toteutti pääasiassa tiimin palveluohjaaja

Asiakasmäärä 12 pilotin aikana

- Keski-ikä 84,1 vuotta

Käyntimäärät/Enni–asiakkaat, keskiarvot

- 2 lähikontaktia
- 2,8 etäkontaktia
- 1 muut konsultaatiot (esim. lääkäri, sh)

Ohjautuminen ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen

- 4 omaisten kautta palveluohjaukseen
 - 1 kotisairaalaista
 - 1 sosiaaliohjaajan kautta
 - 3 toiselta palveluohjaajalta
 - 1 fysioterapeutilta
 - 2 Parkinson hoitajalta
- 3 asiakkaalle Whodas 12 + 3lisäkysymystä testattu (ei koettu hyödylliseksi/toimivaksi)
- 1 RAI tehty

- 7/12 asiakasta ohjattu kolmannen sektorin toimintaan (5 osallistunut/tutustunut toimintaan)
- 5/12 jätetty kaupungin kutsutaksiesite
 - 2 käyttää jo
- 2/12 kaupungin palveluita (uimahalli, liikuntalähete)
- 8/12 asiakasta Pohteen omaan toimintaan/palveluita
 - 2 vaippalähete
 - 3 turvapuhelin
 - 2 ateriapalvelut
 - 1 apuvälineet
 - 1 Arvioivalle kotikuntoutusjaksolle/säännölliseen kotihoitoon
 - Yksittäisiä ft-lähetteitä, lääkärikäyntejä ja labroja, sairaalajaksoja

Saatavilla olevista pilottitiedoista Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen pilottien keskilukuja koko 3kk jaksolta

Enni- kotikuntoutus	Asiakkaat	Kontakti- määrien ka yhteensä	Lähikontaktit (ka)	Etäkontaktit	Muut konsultaatiot	Ohjautui kolmannelle sektorille (%)	Ohjautui kaupungin palveluihin (%)	Ohjautui Pohteen palveluihin (%)	Ohjautui arvi- jaksolle/ kotihoitoon (%)
Oulu	62	7,4	2,7	2,2	2,5	32,3	2,9	58	9,7
Ent. Kallio Yli-/Alavieska Nivala/Sievi	12	5,8	2	2,8	1	58,3	16,6	58,3	8,3
Yhteensä	28	6,6*	2,35*	2,5*	1,75*	45,3**	9,75**	58,15**	9**

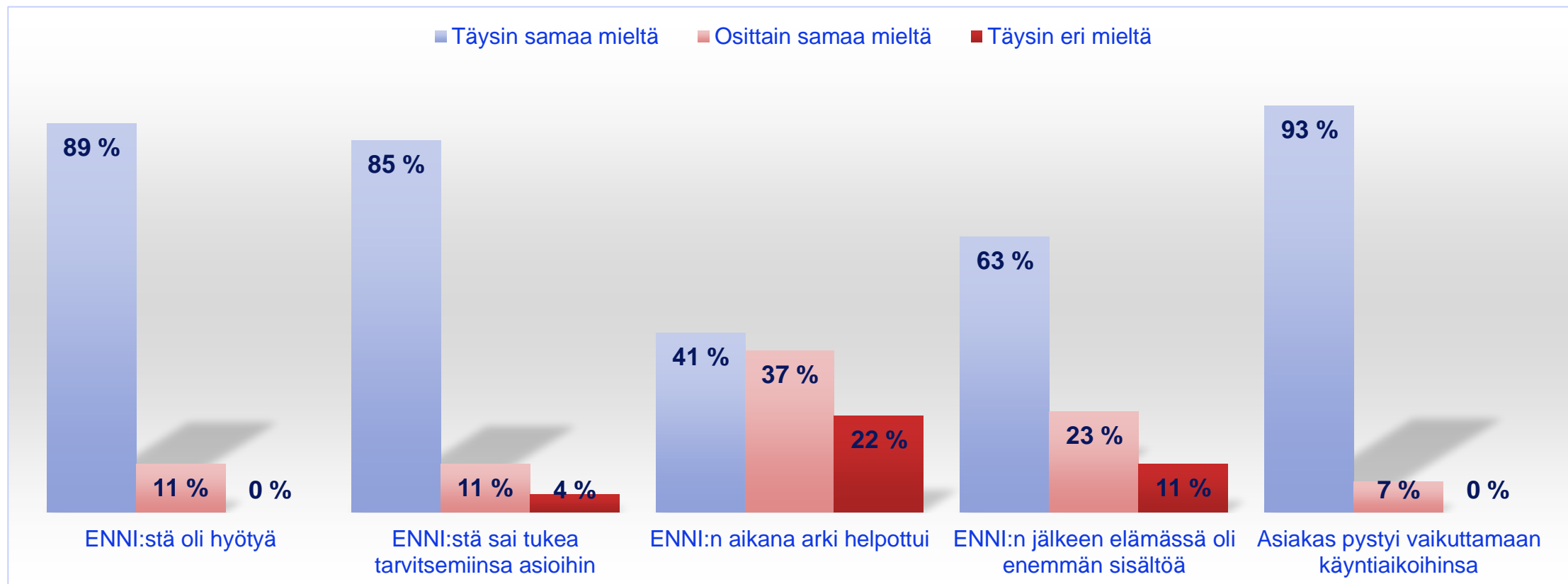
1,5htv/pilottialue; vaikuttanut pilottijakson asiakasmäärään ja tuloksiin (Oulussa hankkeen kautta 1 ft ja 0,5 tt, lisäksi 1ft ja 1tt toteuttamassa; ent. Kallio pääasiassa palveluohjaajat toteutti)

* Yhteensä; keskiarvoista lasketut keskiarvot

** Yhteensä; prosenttien keskiarvo

Asiakaspalautteet ENNI

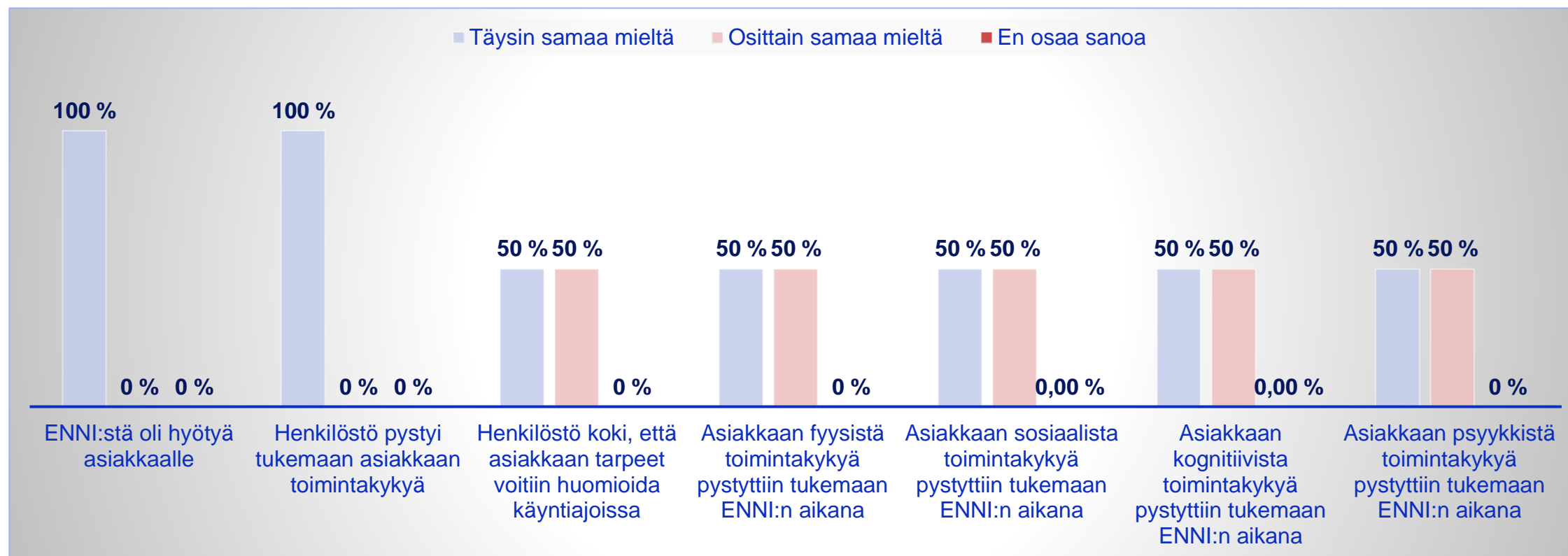
Koko tiedossa olevan Enni-pilottien asiakasmäärä N=74
n=27, vastausprosentti 36,5%



Henkilöstöpalautteet ENNI

Henkilöstöpalaute ENNI-pilotista n=2

- Tiedossa oleva ENNI:ä toteuttanut henkilöstö N=4, vastausprosentti 50%



Henkilöstöpalautteet ENNI

Avoimissa vastauksissa:

- Haasteet
 - Ammattilaisten aikataulujen yhteensovittaminen
 - Kolmannen sektorin toiminnasta ei tarpeeksi tietoa ja rajoitetusti toimintaa
 - Tarve olisi ollut aika usein psyk. sairaanhoitajalle
- Hyödyt tulevaisuutta ajatellen
 - Pystytään vaikuttamaan varhaisessa vaiheessa asiakkaan itsenäiseen pärjäämiseen kevyellä tuella ja ohjauksella
 - Pienillä toimilla isoja vaikutuksia ja raskaampiin palveluihin siirtyminen viivästyy

Kotikuntoutuksen toimintamallit pilottien jälkeen

Pohteen Ikäihmisten palveluiden johtoryhmälle esitetyt
toimintamallit

Kotikuntoutuksen palveluprosessi

–
Uusille asiakkaille

Palveluun hakeutuminen

Palveluohjaajan kotikäyntinä toteuttama palvelutarpeen arviointi esim. Huoli-ilmoitus tai muu kiireetön yhteydenotto. (palveluohjauksen RAI)

Hoitoneuvotteluiden mukaiset tai virka-aikana tapahtuvat suunnitellut kotiutukset. (Tsekkauslista uusille asiakkaille)

Akuutti kotiuttaminen esim. Päivystyksestä. (Tsekkauslista uudet asiakkaat, palveluiden piirissä)

Arviointi- ja kotiutuskäynnit

Palveluohjaaja ottaa tarvittaessa yhteyttä kotikuntoutuksen yhteyshenkilöön arviointikäynneistä.

Hoitoneuvottelussa tai yhteydenotossa sovitaan arviointikäynneistä kotikuntoutuksen yhteyshenkilön kanssa.

Hoitoneuvottelu tai yhteys palveluohjaajan kanssa, hän ilmoittaa arviointikäynneistä kotikuntoutuksen yhteyshenkilölle.

Tarvittaessa yhteys suoraan kotikuntoutustiimiin, jos KOTAS-keskuksen kautta kotiutus ei alueella vielä toimi.

Kotiutus ensisijaisesti Kotas-tilannekeskuksesta, Kotas ottaa yhteyden kotikuntoutustiimiin.

Palvelupäätös kotikuntoutuksesta

Arviointi- tai kotiutuskäyntien perusteella palveluohjaaja tekee päätöksen ennaltaehkäisevästä tai arvioivasta kotikuntoutuksesta tai kotiutuskäynneistä.

- Arviointikäynnit = 1 (max. 3) maksutonta arviointikäyntiä ennen virallista kotikuntoutusjakson aloittamista ja palvelupäätöstä
- Kotiutuskäynnit = max. 5vrk kotiuttamisen tuen käyntejä, kun lyhytaikaisen tuen tarve selkeä

ENNI – Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen palvelupolku

Palveluun hakeutuminen

Toimintakyvyn tukemisen jakso

Kotona asumista tukeva toiminta



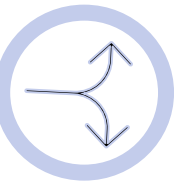
Arjen ja toimintakyvyn haasteiden tunnistaminen sekä tiedon etsiminen

Henkilö itse tai hänen läheisensä tunnistaa arjen tilanteen, johon tarvitaan kevyttä tukea, ohjausta tai apua. Tiedon etsiminen kuntoutuksesta eri lähteistä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi kertoa tietoa kotiin annettavista kevyistä palveluista esim. vastaanottokäynnillä.



Yhteyden ottaminen asiakasohjaukseen

Henkilö itse tai hänen läheisensä ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi asiakkaansa luvalla ottaa yhteyttä hänen puolestaan.



Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen tarve tunnistetaan ja ohjataan kotikuntoutustiimin arvioon

Kuntoutustarvetta arvioidaan kotikäynnillä tai etätapaamisessa asiakas- tai palveluohjaajan toimesta tai kotona asumisen tuen keskukselta. Alustavasti kuntoutuksen tuen tarpeet ja tavoitteet kirjataan jo tässä vaiheessa.



Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen kontaktit

Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen aloitustapaaminen yhdessä asiakkaan, läheisen ja kotikuntoutustiimin kanssa. Käynnistetään suunniteltu toiminta ja tarkennetaan kotikuntoutusohjelma sekä tavoitteet.

1-10 kontaktia, keskimäärin tarve 4-5 kontaktia. Palvelupäätös tarvitaan.



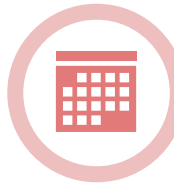
Asiakkaan aktiivinen omakuntoutuksen jakso

Asiakas toteuttaa kuntoutumista edistäviä toimia sovitun suunnitelman mukaisesti mahdollisimman itsenäisesti. Toiminta tapahtuu kotona, etäohjatusti tai erilaisissa toimintaympäristöissä.



Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen loppukeskustelu ja jatkosuunnitelma omakuntoutuksen edistämiseksi

Ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen tuloksena asiakas tietää ja tunnistaa mahdollisuutensa jatkaa oman hyvinvoinnin ylläpitämistä. Asiakas yhdessä kotikuntoutustiimin kanssa suunnittelee ja asettaa tavoitteet kotona asumista tukevalle ja ennaltaehkäisevälle toiminnalle myös jakson jälkeiselle ajalle.



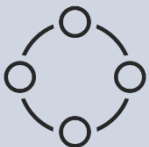
Sovitusti seurantakontaktit

Asiakas osallistuu seurantatapaamisiin, joita tehdään tarvittaessa 1-3 tapaamista. Toteutetaan yleensä etätapaamisena.



Asiakkaan ohjaus muuhun kotona asumista tukevaan toimintaan

Asiakas saa kotona asumisensa tueksi ohjausta ja neuvontaa hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintaan osallistumiseksi. Ohjaus ja neuvonta toteutetaan asiakkaan omien mielenkiinnon kohteiden mukaisesti.



Arkiverkosto – ammattilaiset kuntoutumisen tukena

Kuntoutustarpeen tunnistaja
on usein sosiaali- ja terveysalan ammattilainen, joka ohjaa asiakkaan oikeaan palveluun. Myös asiakas itse tai hänen läheisensä voi tunnistaa kuntoutustarpeen.

Asiakas- ja palveluohjaaja
tekee palvelun tarpeen arvioinnin

Kotikuntoutustiimi

Toimintakyvyn tukija

ARVI – Arvioivan kotikuntoutusjakson palvelupolku

Palveluun hakeutuminen



Henkilön arjessa tai toimintakyvyssä on tapahtunut muutokset

Henkilö itse, hänen läheisensä tai sote-ammattilainen tunnistaa arjen tilanteen, jossa tarvitaan säännöllistä tukea ja apua.



Toimintakyvyn ja arjen tukeen liittyvän tiedon etsiminen

Henkilö tai hänen läheisensä etsii kuntoutukseen liittyvää tietoa eri lähteistä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi ohjata palveluun esim. vastaanottokäynnillä.



Yhteyden ottaminen asiakas- ja palveluohjaukseen tai KOTAS-keskukseen

Henkilö tai läheinen ottaa yhteyttä palveluohjaukseen, joko asiakasneuvonnan tai huoli-ilmoituksen kautta. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi luvalla ottaa yhteyttä asiakkaansa puolesta.

Sairaalasta otetaan akuuteissa kotiuttamisissa yhteys KOTAS-tilannekeskukseen (tarv. Kotikuntoutustiimiin) tai suunnitellusti hoitoneuvotteluiden varalta palveluohjaukseen.



Säännöllisen kotihoidon tarpeen tunnistaminen ja kotikuntoutusjakson vireillepano

Palvelutarpeen arvioinnin aloittaminen palveluohjaajan kotikäyntinä, hoitoneuvottelussa ennen kotiutusta tai akuutisti puhelinkonsultaationa. Säännöllisen tuen kriteerit täyttyvät.

Arkiverkosto – ammattilaiset kuntoutumisen tukena

Palveluohjaaja
tekee palvelutarpeen arvioinnin ja palvelupäätöksen säännöllisen kotihoidon kriteerin täyttyessä

Toimintakyvyn tukemisen jakso



Kotikuntoutustiimin ensimmäinen arviointikäynti ja palvelupäätös

Arviointikäynneillä arvioidaan ja tarkennetaan kotikuntoutusjakson tarpeellisuus palveluohjaajalle ja tehdään tilapäisen palvelun päätös.

Moniammatillinen alkuarviointi asiakkaan kotona *tai yksikössä*. Kotikuntoutuksen RAI-osittaisarviointi täydentyy palveluohjauksen RAI arvioinnin tiedolla → ajetaan jakson kuntoutussuunnitelman pohja → lisäksi muut tarvittavat toimintakyvyn testit ja mittarit (SPPB, puristusvoima) Kuntoutussuunnitelma → asiakkaan omat tavoitteet ja RAI- tieto. Arviointikäyntejä pääasiassa yksi. Jos ensimmäisellä arviointikäynnillä havaitaan tarve toisen ammattilaisen arvioinnille ennen jakson aloittamista, voidaan käyntejä tehdä 1-3.

Arvioiva kotikuntoutusjakso, 1-8 vko (Keskimäärin 4 viikkoa)

Asiakas toteuttaa kuntoutumista edistäviä toimia hoitajien ja terapeuttien tuella sovitun suunnitelman mukaisesti. Toiminta tapahtuu kotona, etäohjatusti tai erilaisissa toimintaympäristöissä.



Moniammatillinen loppuarviointi ja jatkokuntoutussuunnitelma, palvelutarpeen arviointi valmis

Moniammatillinen loppuarviointi asiakkaan kotona yhteistyössä palveluohjauksen kanssa → Jakson yhteenveto ja tulokset. Ennen loppupalaveria kotikuntoutuksen RAI päivitetään/tehdään uusi ja toistetaan muut alkuarvioinnin testit Asiakas jatkaa arjessaan kotona itsenäisesti / tukipalveluiden turvin. Asiakkaalle tehdään säännöllisen kotihoidon päätös. → Palveluohjaaja tekee palveluohjauksen RAI, jos tukipalveluita tai säännöllistä kotihoitoa tarvitaan



Seurantakäynnit 1kk, 3kk ja 6kk

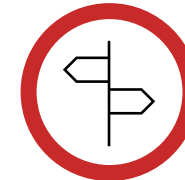
Asiakas osallistuu seurantatapaamisiin sovitusti jakson päättymisestä. Toteutetaan kotikäyntinä, etälaitteella tai puhelimitse. Ainakin yksi käynti fyysinen kotikäynti. 6kk seurantakäynnillä tehdään uudestaan RAI-arviointi, niille asiakkaille, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä. Kotihoidon asiakkaille toteutetaan yhteistyössä 6kk seuranta ja RAI-arviointi.



Moniammatillinen kuntoutustiimi
asiakas, lähihoitajat, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, palveluohjaaja, lääkäri ja muut tarvittavat ammattilaiset

Toimintakyvyn tukijat
omainen, läheinen, hyvinvointi- ja palveluverkostot kotikuntoutustiimin kanssa.

Kotona asumista tukeva toiminta



Ohjaus muuhun kotona asumista tukevaan toimintaan

Asiakas saa kotona asumisensa tueksi ohjausta ja neuvontaa hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintaan osallistumiseksi. Ohjaus ja neuvonta toteutetaan asiakkaan omien mielenkiinnon kohteiden mukaisesti.

Arvioiva kotikuntoutusjakso –pilotti

Muutokset asiakkaan ohjautumiseen

Pilottikokemusten pohjalta arvioivan kotikuntoutusjakson ohjautumista määriteltiin tarkemmin
→ tavoitteena joustava ja tehokas jakson aloittaminen

- **Vain palveluohjaajan kotona toteuttamasta palvelutarpeen arvioinnista** ohjautuessa tehdään palveluohjauksen RAI-osittaisarviointi
 - Muutoin palveluohjauksen RAI-osittaisarviointi vain jakson lopussa, kun palvelutarpeen arviointi valmistuu → kotikuntoutuksen RAI-osittaisarvioinnin tiedot siirretään palveluohjauksen RAI-osittaisarvioinnille
- **Tsekkauksista ohjeena** kotikuntoutuksen sekä arviointi- ja kuntoutusyksiköiden yhteyshenkilöille, palveluohjaajille ja KOTAS-tilannekeskukseen kotiuttamisia varten
 - Arvioiva kotikuntoutus ja arvioiva kuntoutusjakso arviointi- ja kuntoutusyksikössä
 - Kotiutuskoordinaattoreiden käytännöt kotiutuksessa tulee vielä tulevaisuudessa huomioida kotiutusten yhteydessä
- **Kotikuntoutuksen RAI-osittaisarviointi ja kuntoutussuunnitelma**
 - Jakson alussa aloitetaan moniammatillisesti RAI-osittaisarviointi → 5vrk kuluessa valmis
 - Ajetaan kuntoutussuunnitelma ja täydennetään sitä asiakkaan tavoitteiden mukaisesti
 - Jakson lopussa RAI-arviointi päivitetään ja kirjataan tulokset → kuntoutussuunnitelma voidaan ajaa jatkoja varten tässä vaiheessa
 - Jos **jakso kestää alle 3viikkoa** → tehdään vain yksi kotikuntoutuksen RAI-osittaisarviointi
 - Ei lukita alussa → kirjataan 5vrk jälkeen tulokset asiakastietojärjestelmään ja tehdään kuntoutussuunnitelma alustavien tulosten pohjalta → lopuksi päivitetään ja ajetaan jatkokuntoutussuunnitelma
 - **Jakson kestäessä 3 viikkoa tai enemmän** → RAI-arviointi jakson alussa ja lopussa

- **Ennen arvioivan kotikuntoutusjakson palvelupäätöstä** toteutetaan moniammatillinen arviointikäynti (alustavasti maksuton)
 - Määritetään jakson tarve ja pituus
 - Tarvittavien ammattilaisten alustava toimintakyvyn arviointi → moniammatillisen arvioinnin toteutumiseksi voidaan tarvita 1-3kertaa
 - Palvelupäätös jaksosta tämän jälkeen
- **Lyhyen määräaikaisen kotiutumisen tuen järjestäminen kotiutuskäynteinä maksimissaan 5vuorokauden ajan**
 - Selkeästi lyhyt aikaista tukea tai ohjausta vaativa kotiutus. Esimerkiksi asiakas ja omainen tarvitsee ohjausta apuvälineen käytössä kotona, haavan/kivun seuranta, lääkityksen varmistaminen tms.
- **Epäselvissä kotiutustilanteissa** → aloitetaan tarvittaessa kotiutuskäynnit yhdellä maksuttomalla arviointikäynnillä
 - Arvioidaan riittääkö kotiutuskäynnit vai tarvitaanko kotikuntoutusjaksoa
- **Kotiutuskäynneillä voidaan tukea myös kotihoitoa kotiutustilanteissa**

Kotikuntoutuksen toimintamallien jatkokehittäminen

Kun hanke päättyy...

Kotikuntoutuksen toimintamallien kuvaamisen ja vastuiden selkeyttäminen Pohteen laajuisesti

- Kotikuntoutuspilottien aikana heräsi tarve yhteiselle kotikuntoutusoppaalle
 - Kotikuntoutusopasta tehty moniammatillisesti
 - Päävastuu Ikä on POP –hankkeen projektisuunnittelijalla
 - Liitteitä valmistunut sparraajien toimesta
 - Opas sisältää myös arviointi- ja kuntoutusyksikön toimintamallit ja prosessikuvaukset
- Resurssien selkeyttämisen ja uudelleen arvioinnin tarve
 - Ihanne tiimi –ajatus oli 3 lähihoitajaa, 1 sairaanhoitaja, 1 hoiva-avustaja(lähiavustaja), 1 geronomi tai sosionomi, 1 fysioterapeutti, 1 toimintaterapeutti (1500–2500 yli 75-vuotiasta/tiimi, maantieteelliset haasteet huomioiden)
 - Haavoittuva kokoonpano, jos
 - Kaikki ammattilaiset eivät toimi yhdessä tiimissä (esim. kotihoidon tai kotisairaalan työntekijöitä mukana)
 - Joku tiimiläisistä sairastuu, sijaistilanne vaikea
 - Ei saada rekrytoitua kaikille alueille eri ammattilaisia moniammatillisuus kärsii

Arvioiva kotikuntoutusjakso

Jatkokehittämistarpeet

- Ennakoivan kotiutuksen eteenpäin vieminen yhteistyössä kotiuttavien tahojen kanssa
 - Suunniteltujen kotiuttamisten lisäämisellä varmistetaan kotikuntoutustiimin resurssien riittävyys
 - Mahdollistaa paremman resurssitarpeiden arvioinnin
 - Selkeyttää prosessia
- Yhteistyön tekeminen eri tahojen kanssa asiakkaan joustavien palveluiden takaamiseksi
 - Kotiuttavat tahot, arviointi- ja kuntoutusyksikkö, kotisairaala, kotihoito, etäkotihoito
 - Teknologiaratkaisut
- Kotikuntoutuksen ja palveluohjauksen RAI-osittaisarvioinnin sisältöjen yhtenäistäminen → voidaanko esimerkiksi palveluohjauksen RAI-osittaisarviointiin valita asiakkaan tarpeiden mukaisia toimintakyvyn mittareita → moniammatillisuus korostuu palvelutarpeen arvioinnissa

Ennaltaehkäisevä kotikuntoutus

Jatkokehittämistarpeet

- Tulisi hyödyntää koko kotikuntoutustiimiä
 - Terapeuttiressurssien riittävyys haastanut pilotointien aikana
 - Lähihoitajien ja hoiva-avustajien panostus erityisesti
- Tukikriteerit tai mittari jaksolle ohjautumiseksi
 - Jaksosta tulee tehdä palvelupäätös → mikä ohjaa asiakkuuksia
 - Tsekkauslista
 - Pilottien aikana havaittiin ohjautumisen syyksi usein lääkityksen- ja ravitsemuksen haasteet, kaatumiset (liikkumisen pelko, raajojen lihasheikkous, puutteelliset apuvälineet/kodin muutostyön tarpeet) ja psykososiaalinen hyvinvointi (yksinäisyys)
- Muodostaa asiakkaan tarpeen mukainen hyvinvointi- ja palveluverkosto → löytää yhteistyökumppaneita asiakkaan tuen tarpeiden mukaisesti (järjestöt, seurakunnat, kunnat, kolmas sektori jne.)
- Maksuttomuus → maksuttomana ei välttämättä voida toteuttaa: Tulee pohtia kuinka varmistetaan, että asiakkaat eivät jää ilman Enniä haastavissa tilanteissa.
 - Maksuttomuuden mahdollisuudet: Matala kynnyks osallistua, kevyt palvelu, taloudellisesti tasavertainen
 - Maksuttomuuden haasteet: palvelupäätös/tilastointi, kriteerit puuttuu, resurssit ja talous
 - Todennäköistä on kertamaksullisuus → tarvitaan palvelu- ja asiakasmaksupäätös

Kotikuntoutustiimi – Yhteisiä kehityskohtia piloteista

- Pilotoitu kotikuntoutuksen toimintamalleja → työnjaon haasteet suurimpia haasteita
 - 3 lähihoitajaa ei riitä → esim. sairastumiset, tarve vahvistaa lähihoitaja/hoiva-avustajan panosta tiimeissä
 - Terapeuttiresurssit → ENNI toimintamallissa tulisi lisätä hoitajien ja hoiva-avustajien panosta → resurssitarpeen uudelleen arviointi, jos yhteinen ARVI-yksiköiden ja/tai avo-palveluiden kanssa
 - Omat kotikuntoutustiimit vs. yhteistyö kotihoidon tai kotisairaalan tiimin kanssa
 - Palveluohjauksen resurssihaasteet → pirstaleinen työnkuva haastaa tehtävien priorisoinnissa
 - Toiminnanohjaus asiakaskäyntien jaossa puutteellinen → kaikille tiimeille toiminnanohjaus käyttöön
- Asiakkaiden jakson arviointia varten sovitaan säännölliset asiakaspalaverit kotikuntoutustiimin eri ammattilaisten kanssa
 - Toimivaksi havaittu käytäntö: Tietty viikonpäivä ja aikaväli, jolloin aina käydään kotikuntoutuksen nykyiset ja uudet asiakkaat
 - Toimivaksi havaittu käytäntö: Tietty viikonpäivä ja aikaväli, jolloin moniammatilliset loppuarvioinnit järjestetään (mahdollistaa palveluohjaajan ja tarvittavien terapeuttien osallistumisen)
- Tsekkauslistat arvioivaan kotikuntoutukseen → ohjautumisen haasteet
 - RAI-arvioihin perustuvat tsekkauslistat → arvioivaan kotikuntoutukseen kehitetty ja otettu kokeiluun tsekkauslista
 - Tarvitaanko ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen mittari tai tsekkauslista? → Psykososiaalisen hyvinvoinnin mittari pilotoitu
 - Kaatumiset, lääkityksen- ja ravitsemuksen haasteet sekä yksinäisyys vahva ennaltaehkäisevän kotikuntoutuksen ohjaava tekijä
 - Whodas 12 kysely ja kysymykset lääkityksestä, ravitsemuksesta ja kaatumisista testattu
 - Whodas 12 ei sovellu ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen ohjautumisen mittariksi

Tehostetun kotikuntoutuksen toimintamalli – kotihoidon tueksi

- Tehostettua kotikuntoutusta on alueella, mutta sitä ei ole pilotoitu
 - Tulisi pilotoida
- Säännöllisen kotihoiton asiakkaan toimintakyky muuttuu
 - Kotihoidossa iRAI-HC päivittäminen
 - Kotikuntoutustiimin terapeuttien konsultointi (arviointikäynti)
 - Jos tarve tehostetulle kotikuntoutukselle → asiakkaan omatyöntekijälle (palveluohjaajalle) tiedoksi, päätös
- Säännöllisen kotihoiton asiakkaalla arvioidaan ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta
 - Palveluohjaajan päätös
 - Arvioidaan keinoja tukea kotona asumista
 - Arvioidaan ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta
- Kotikuntoutustiimin terapeuttien rooli ohjauksellinen
 - Jakson pituus 1-4 viikkoa, joka sisältää terapeuttien ohjauksikäyntejä henkilöstölle ja asiakkaalle
 - Päivittäisten käyntien sisältöjen päivittäminen
 - Palveluaikojen muutokset

Tehostettu kotikuntoutusjakso

-
Yksikössä arvioiva kuntoutusjakso

-
Säännöllisen kotihoidon asiakkaille

Palveluun ohjautuminen

Kotihoidon asiakkaan toimintakyky muuttuu merkittävästi ja tarvitaan palveluiden sekä käyntisisältöjen/-määrien uudelleen arviointia ja kotikuntoutusta (iRAI-HC päivittäminen)

Hoitoneuvotteluiden mukaiset kotiutukset kotiin, tarve tehostetulle kotikuntoutukselle (iRAI-HC päivittäminen kotona)

Akuutit kotiuttamiset yksiköstä, osastolta jne. kotiin (KOTAS-tilannekeskuksen kautta)

Esim. osastolta tai päivystyksestä kotiutuvalla ilmenee tilapäinen ympärivuorokautisen jatkokuntoutuksen ja palveluiden arvioinnin tarve/kodin muutostöiden tarve. Hoitoneuvottelut tai akuutti yksikköön kotiuttamisen tarve. Terveystilan vakaus on selvitetty lääkärin toimesta.

Tehostetun kuntoutusjakson aloittaminen

Kotihoidosta otetaan yhteys asiakkaan omatyöntekijään (palveluohjaajaan/sosiaalityöntekijään) ja kotikuntoutustiimin yhteyshenkilöön. Sovitaan terapeuttien arviointikäynnistä

Hoitoneuvottelussa sovitaan kotihoidon kanssa kotiutuksesta. Kotihoidosta otetaan ennakoivasti yhteys asiakkaan omatyöntekijään ja kotikuntoutustiimin yhteyshenkilöön arviointikäynnin sopimiseksi

Kotas-tilannekeskus ottaa yhteyden kotihoitoon ja järjestää tarvittaessa kotikuntoutustiimin tuen kotiutuskäynneille. Tiimit sopivat yhdessä arviointikäynnistä ja kotihoito tiedottaa asiakkaan omatyöntekijää.

Kotiutuskoordinaattori tai palveluohjaaja on hoitoneuvotteluiden jälkeen yhteydessä yksikköön ja sopii arvioivan kuntoutusjakson aloittamisesta.

Jos yhteydessä Kotas-keskukseen, Kotas ottaa yhteyden yksikköön.

Palvelupäätös

Palvelupäätös tarvitaan. Jakso vaikuttaa käyntiaikoihin/asiaksmaksuun merkittävästi tai tehostetun kotikuntoutusjakson myötä aloitetaan SAP-prosessi

Palveluohjaaja tekee päätöksen arvioivasta kuntoutusjaksosta yksikössä, jos tehostettua kotikuntoutusjaksoa ei turvallista toteuttaa kotona

Tehostetun kotikuntoutusjakson kestosta sekä terapeuttien ohjauksellisesta roolista sovitaan kotihoitoon ja terapeuttien kanssa (terapeuttien tilastoinnit).

Tehostetun kotikuntoutusjakson palvelupolku – Kotihoidon toimintamalliksi

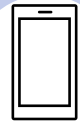
Tehostetun kotikuntoutuksen tarve

Toimintakyvyn tukemisen jakso



Säännöllisen kotihoidon asiakkaan toimintakyky muuttunut

Kotihoidon ammattilainen yhdessä asiakkaan tai läheisen kanssa tunnistaa kotona selviytymiseen vaikuttavan toimintakyvyn huomattavan muutoksen, johon tarvitaan tehostettua tukea ja apua. Toimintakyky esimerkiksi laskee tai tarvitaan muita uusia tukipalveluita. RAI-arvioinnin päivittäminen.



Yhteyden ottaminen asiakkaan omatyöntekijään (palveluohjaajaan)

Kotihoidon ammattilainen ottaa yhteyttä asiakkaan omaan palveluohjaajaan asiakkaan/läheisen luvalla.



Säännöllisen kotihoidon palvelutarpeen ja tuen muutosten tunnistaminen sekä kuntoutustarpeen arvioiminen

Palvelupäätös, ensimmäisen arviointikäynnin jälkeen. Tehostettu kotikuntoutus toteutuu asiakkaan, kotihoidon tiimin sekä kotikuntoutustiimin kuntoutuksen ammattilaisten yhteistyönä. Kotihoidon tiimi tuntee asiakkaan toimintakyvyn ja kotikuntoutustiimin kuntoutuksen ammattilaiset arvioivat toimintakyvyn muutokseen liittyviä tuen tarpeita.

Ohjauksellisen yhteistyön toimintamalli.



Moniammatillinen alkuarviointi, asiakas, läheinen, kotihoidon henkilöstö ja kotikuntoutustiimin terapeutit

Moniammatillinen alkuarviointi asiakkaan kotona *tai yksikössä*. Tehdään tarvittavat toimintakyvyn testit ja arvioinnit. Kotihoidon RAI aina toimintakyvyn muuttuessa selkeästi ennen tehostettua kotikuntoutusjaksoa. Kuntoutussuunnitelma asiakkaan toimintakyvyn tuen tarpeiden ja asiakkaan omien tavoitteiden pohjalta.



Tehostettu arviointi ja kuntoutusjakso 1-4 viikkoa, kotihoidon tai arviointi- ja kuntoutusyksikön henkilöstön toteuttama. Kotikuntoutustiimin terapeuttien ohjauksellinen rooli.

Asiakas toteuttaa arjen kuntoutumista edistäviä toimia kotihoidon hoitajien ja kotikuntoutustiimin terapeuttien ohjauksella sovitun suunnitelman mukaisesti. Toiminta tapahtuu pääasiassa asiakkaan kotona ja terapeuttien rooli on ohjaava.



Moniammatillinen loppuarviointi ja palvelutarpeen arvioinnin viimeistely, tarvittaessa SAP –prosessin käynnistäminen

Moniammatillinen loppuarviointi asiakkaan kotona tarvittaessa yhteistyössä palveluohjauksen kanssa. Jakson yhteenveto ja tulokset. Alkuarvioinnin testit.

Asiakas jatkaa arjessaan kotona säännöllisen kotihoidon ja tarvittavien tukipalveluiden turvin.

Asiakkaalle aloitetaan ympärivuorokautisen palveluasumisen SAP prosessi kotona tai yksikössä.

**Arkiverkosto –
ammattilaiset
kuntoutumisen tukena**

Palveluohjaaja
tekee palvelutarpeen
arvioinnin ja palvelupäätöksen
tarvittaessa tukipalveluiden
muuttuessa tai SAP prosessin
käynnistämiseksi

Moniammatillinen kuntoutustiimi
Asiakas, kotihoidon lähihoitajat, sairaanhoitaja ja
kotikuntoutustiimin terapeutit. Tarvittaessa
palveluohjaaja, lääkäri ja muut ammattilaiset

Toimintakyvyn tukijat
omainen, läheinen, seurakunta, 3
sektori yhteistyössä kuntoutustiimin
kanssa.

Tehostetulle kotikuntoutusjakso

Kirjatut kriteerit/myöntämisperusteet

- Säännöllisen kotihoidon asiakkaalle, jonka toimintakyky on heikentynyt tai on riski heikentymiselle, tuen ja avun tarve on kasvanut tai riski suurentumiselle
- Ennen ympärivuorokautisen palveluasumisen myöntämistä
- Moniammatillisen tiimin arviointi ennen tehostetun kotikuntoutusjakson myöntämistä

"Tukikriteerit"

Jos jokin seuraavista täyttyy, aloitetaan tehostettu kotikuntoutusjakso

- Ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen riskin heräte
 - RISK - heräte aktivoituu
- Kaatumisen heräte
 - FALLS - heräte aktivoituu
- Arjen perustoimintojen heräte
 - CADL - heräte aktivoituu
- Muu toimintakyvyn heikkeneminen
 - iRAI-HC muut tulokset heikentynyt
- Käyntiaikojen selkeät muutokset
 - Käyntiajat pidentyvät merkittävästi
 - Käyntimäärät lisääntyvät

Muu kotikuntoutuksen jatkokehittäminen

Tilastointien yhtenäistäminen

- Virallisia tilastointikäytäntöjä ei voida yhtenäistää ennen kriteerien/maksujen hyväksymistä
- Suunnitellaan kuitenkin alustavat käytännöt yhtenäistämistä ajatellen → **Johtoryhmässä sovittu vastuhenkilö**

Palveluun ohjautuminen → tiedottaminen ajankohtaisesti

- Perehdytys kotikuntoutustiimeille
- Perehdytys palveluohjaajille
- Perehdytys kotiuttaville tahoille
- KOTAS –tilannekeskuksen rooli

Asiakkaiden sujuva siirtyminen palveluiden välillä

- Asiakkaat eivät pääse kotiutumaan
 - Kodinmuutostöiden tai apuvälineiden viivästyminen vuoksi → pikaratkaisujen edistäminen (esim. väliaikaiset kynnyслиuskat)
 - Kotikuntoutustiimin resurssit eivät riitä → asiakkaat eivät voi siirtyä kotihoitoon resurssipulan vuoksi
 - Yksiköissä paikanodottajat hidastavat arvioivan kuntoutusjakson aloituksia → myös kotiutumiset yksikön kautta viivästyvät

Kirjaamisen yhtenäistäminen

- Yhteistyöpalaverit terveyden- ja sairaanhoidon sekä sosiaalihuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittäjien kanssa (ESKO ja Saga)
- Fraasipohjat → Kotikuntoutuksen RAI-osittaisarviointi
- Kotikuntoutuksen RAI-osittaisarvioinnista yhtenäinen kuntoutussuunnitelmapohja (RAI-asiantuntijat voivat tehdä ohjeistuksen)

Jatkokehittäminen

- Vastuuhenkilö hanketyön jälkeen
- Opasta päivitetään puolen vuoden välein ja tarvittaessa useammin
 - ARVI-päivässä sovittu, että päivittämisvastuu on puolivuotta kerrallaan kolmen alueen VYPEillä (kuntoutus+kotikuntoutus/arvi-yksiköt)
- Arviointi- ja kuntoutusyksiköiden ohjautumisen selkeyttäminen
- Kotikuntoutustiimin Dream team, esimerkki
 - Asiakasvastaava/yhteyshenkilö (voi olla myös tiimin geronomi), 4 lähihoitajaa, 1sh ja 1-2 lähiavustaja, geronomi, fysio- ja toimintaterapeutti
 - Tiivis yhteistyö palveluohjauksen kanssa
- Yhteinen teknologiapaketti
 - Tulisi olla valmiina nopeastikin käyttöön ottaa → teknologia kokeilut jakson aikana
 - Hyvinvointirannekkeet, etäyhteyslaitteet, lääkeautomaatit
- Mobiili ja toiminnanohjaus otetaan asteittain koko Pohteella kotikuntoutuksen käyttöön



Pohde

Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue