

Nina Halminen

KOTIUTTAMISTIIMIN MERKITYS IKÄIHMISEN  
KOTONA SELVIITYMISESSÄ

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma  
2019

# KOTIUTTAMISTIIMIN MERKITYS IKÄIHMISEN KOTONA SELVIYTYMISESSÄ

Halminen, Nina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma  
Toukokuu 2019  
Sivumäärä: 77  
Liitteitä: 6

Asiasanat: kotiuttamistiimi, kotona selviytyminen, ikäihminen, bikva

---

Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida ja kehittää Porin perusturvan kotiuttamistiimin toimintaa, joka edistää ikäihmisen ja hänen läheisensä kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää miten ikäihminen ja hoitaja kokevat ikäihmisen kotona selviytymisen ennen ja sairaalahoidon jälkeen sekä miten kotiuttamistiimin toiminta vaikuttaa ikäihmisen kotona selviytymiseen. Tavoitteena oli hyödyntää saatu tieto kotiuttamistiimin toiminnan kehittämisessä.

Kehittämistyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena asiakaslähtöistä Bikva-arviointimallia käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin yksilö- ja ryhmähaastatteluja. Aineisto analysoitiin jokaisen vaiheen välissä sisällönanalyysin menetelmin. Prosessi eteni siten, että Porin kotiuttamistiimin ikäihmisten (n=18) kokemuksista ja kehittämisehdotuksista koottu yhteenveto toimi kotiuttamistiimin hoitajien (n=7) esiin tuomien kokemusten ja kehittämisehdotusten pohjana. Ikäihmisten ja hoitajien haastattelujen yhteenveto toimi kotiuttamistiimin esimiesten (n=4) arvioinnin lähtökohtana.

Tuloksista ilmeni, että ikäihmiset kokivat kotona selviytymisen muutoksia sairaalasta kotiin palatessaan ja suurin osa heistä tunnisti avun tarpeensa. Avun tarve lisääntyi erityisesti peseytymisessä, asuinympäristön ja asioiden hoidossa sekä lääkehuollossa. Läheisten tuen ja apuvälineiden merkitys korostui. Kotiuttamistiimin toiminnassa keskeiseksi koettiin päivittäistoimissa avustaminen, hoitotoimenpiteiden suorittaminen, apuvälineiden järjestäminen sekä asiakas- ja palveluohjaus. Kotiuttamistiimin toiminta edisti ikäihmisten ja läheisten turvallisuuden tunnetta.

Tuloksista ilmeni, etteivät ikäihmiset ja läheiset osallistuneet riittävästi kotiutusprosessin eri vaiheiden suunnitteluun. Tämä oli yhteydessä puutteelliseksi koettuun tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. Kehittämistyön kohteiksi nimettiin asiakaslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö. Ikäihmiset toivoivat kotiuttamistiimin toimintaa kuvaavaa esitettä ja kuntoutumista edistävää toimintaa enemmän. Tärkeänä pidettiin itsehoidon suunnittelun ja omantilan arvioinnin tueksi toimintakykykymittareita, jotka olisivat yhteneviä muiden yhteistyötahojen kanssa.

Kotona selviytyminen sairaalahoidon jälkeen on laaja prosessi. Suurin vaikuttavuus ikäihmisen kotona selviytymisen parantamisessa voitaisiin saavuttaa keskittymällä yhteen kehityskohteeseen kerralla, kuten läheisyhteistyön tai kuntouttavien toimintamallien kehittämiseen.

# IMPORTANCE OF DISCHARGE TEAM FOR THE COPING AT HOME OF THE ELDERLY

Halminen, Nina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

May 2019

Number of pages: 77

Appendices: 6

Keywords: discharge team, coping at home, elderly people, bikva

---

The aim of this development work was to evaluate and advance the functioning of the discharge team of Pori Health and Social Services. The discharge team promotes coping at home of the elderly and their close ones after hospital care. The goal of the development work was to find out how the elderly person and the nurse experience coping at home of the elderly person before and after the hospital care, and how the activities of the discharge team affect the coping at home of the elderly. The aim was to utilize the received information in developing the activities of the discharge team.

The development work was carried out as a qualitative research using client-oriented Bikva-evaluation model. Individual and group interviews were used as data collection methods. Data was analyzed between each stage by content analysis methods. The process proceeded as follows: the summary drawn up of the experiences and development proposals of the elderly (n=18) in Pori discharge team formed the basis for the experiences and development proposals brought forward by the nurses (n=7) in the discharge team. The summary of the interviews of the elderly and the nurses formed the basis for evaluation for the managers (n=4) of the discharge team.

The results showed that the elderly confronted changes in coping at home after returning home from hospital, and most of them recognized the need for help. The need for help increased especially in bathing, taking care of the living environment and managing affairs, and pharmaceutical service. The importance of the support from the close ones and assistive devices was emphasized. For the clients, essential issues in the functioning of the discharge team were assisting in daily chores, performing nursing interventions, organizing assistive devices, and client and service guidance. The functioning of the discharge team promoted the feeling of security of the elderly and the close ones.

In addition, the results revealed that the elderly and their close ones did not participate sufficiently in planning the different stages of the discharge process, which was connected to inadequate access to information and self-determination. A client-oriented approach and multidisciplinary collaboration were chosen as development work targets. The elderly hoped for a brochure that describes the functioning of the discharge team and more activities that promote rehabilitation. Functional ability meters compatible with other cooperation partners were considered important in the planning of self-care and the evaluation of one's own condition.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1	Tiedonhaku .....	6
2.2	Kotiuttamistiimi .....	7
2.3	Porin kotiuttamistiimi -pilotti .....	9
2.4	Ikäihminen kotiuttamistiimin asiakkaana .....	10
2.4.1	Ikäihmisen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä .....	10
2.4.2	Ikäihmisen kokemus avun tarpeesta .....	13
2.5	Kotiuttamistiimin merkitys ikäihmisen kotona selviytymisessä.....	15
2.5.1	Palvelutarpeen arviointi.....	17
2.5.2	Hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen .....	18
2.5.3	Kuntoutuksen ja jatkohoidon turvaaminen.....	21
3	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT .....	24
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	25
4.1	Kehittämismenetelmä .....	25
4.2	Kehittämistyön tiedonkeruu ja tiedon käsittelyn toteutuminen .....	28
4.2.1	Ikäihmisten yksilöhaastattelut ja aineiston analyysi.....	30
4.2.2	Hoitajien ryhmähaastattelut ja aineiston analyysi .....	31
4.2.3	Esimiesten ryhmähaastattelut ja aineiston analyysi .....	33
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET.....	35
5.1	Kokemukset .....	35
5.1.1	Hyvään ja huonoon kotona selviytymiseen liittyviä tekijöitä .....	35
5.1.2	Kotiuttamistiimin merkitys kotona selviytymiseen.....	44
5.1.3	Osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun .....	49
5.1.4	Odotukset kotiuttamistiimin toiminnalta.....	52
5.2	Kehittämis ehdotukset.....	55
5.2.1	Asiakaslähtöisyys .....	59
5.2.2	Moniammatillinen yhteistyö.....	61
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	62
6.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus .....	62
6.2	Tulosten tarkastelua .....	69
6.3	Jatkokehittämiskohteet.....	76
	LÄHTEET.....	77
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomessa toimii useampi kymmenen kotiuttamistiimiä, joiden tavoite on huolehtia asiakkaiden turvallisesta kotiuttamisesta sairaalahoidon jälkeen. Kotiuttamisen yhteydessä oikein kohdentuvien palvelujen merkitys on korostunut, koska kolmannes ikäihmisistä menettää päivittäisiin toimintoihin tarvitsemaansa toimintakykyä sairaalahoidon aikana. Terveystilan huononeminen tai kokemus siitä uhkaa kotona selviytymistä. (Jämsen, Kervinen, Strandberg & Valvanne 2015, 978.) Viime vuosina myös sairaalahoidon hoitopäivät ja hoitajakset ovat lyhentyneet puoleen. Suuntaus on koko Suomessa sama. (Sotkanet www-sivut 2014-2017a.)

Ikäihmisille suunnattujen palvelujen tulisi olla helposti saavutettavia, palvelun tarvetta vastaavia sekä yhdenvertaisia. Kehusmaan, Mäkelän ja Heikkilän (2018, 5) selvityksen mukaan osa sairaalasta kotiutuvista ikäihmisistä ei saa tarpeensa mukaisia palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite on turvata ikäihmisten hyvinvointi ja kotona selviytyminen kehittämällä palvelurakennetta ja lisäämällä kotiin vietävien palvelujen määrää tulevina vuosina. (Rehula 2018, 5; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

Palvelujen vaikutusten arviointia pidetään entistä tärkeämpänä. Tätä on korostettu Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten yhteydessä (Valtioneuvosto www-sivut 2019) sekä laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Laatusuositus 2017). Palvelujen arvioinnissa on keskeistä miten tieto saadaan. Huolena on, että kokemustiedon selvittäminen jää mitattavissa olevan tiedon ulkopuolelle (Ronnby 2010, 25). Asiakkaan palvelukokemuksen näkyväksi tekemistä pidetäänkin merkittävänä tasavertaisessa arvioinnissa ja kehittämistoiminnassa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 68; Valtioneuvosto www-sivut 2019).

Kotiuttamistiimin toimintaa on arvioitu ja kehitetty Suomessa vähän. Kehittäminen on liittynyt kotiuttamistiimin kotiutus- ja asiakasprosessien (Ahonen 2016, 13; Koski 2017, 9), toimintamallien sekä toiminnan sisältöjen kehittämiseen ja vertailemiseen asiantuntijoiden näkökulmasta (Huhtanen 2018, 10). Kehittäminen on ollut melko organisaatiolähtöistä, vaikka ikäihmisten osallisuus on keskeinen tekijä laadukkaan

palvelun kohdentumisessa (Koski 2017, 103; Laatusuositus 2017). Asiakaskokemuksen tutkimista ja siihen perustuvaa kehittämistä kotiutuksen yhteydessä pidetään ensiarvoisena. Osallistamalla ikäihmisiä ja heidän läheisiään palvelujen suunnitteluun on mahdollista tuottaa lisäarvoa heidän kotona selviytymiseensä. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2014, 346; Koski 2017, 103.)

Tämä kehittämistyö perustuu Porin Perusturvan vanhuspalveluiden tarpeeseen selvittää sairaalahoidon jälkeisen intervention, kotiuttamistiimi-pilotin toiminnan vaikutuksia palvelun käyttäjille (Rehula 2015). Kotiuttamistiimin toiminnan tavoitteena on Laatusuosituksen (2013) mukaisen hyvän ikääntymisen turvaaminen ja palvelujen parantaminen. Toiminta rakentuu voimavarojen ja palvelun tarpeen kartoitukseen sekä arjen selviytymistä tukeviin kotikäynteihin sairaalahoidon jälkeen (Lappalainen 2017; Pori kaupunki www-sivut 2016; Rehula 2015).

Tässä kehittämistyössä arvioidaan asiakaslähtöisen menetelmän avulla, mikä merkitys kotiuttamistiimin toiminnalla on ikäihmisten kotona selviytymisessä sairaalahoidon jälkeen. Kehittämistyön tarkoitus on kehittää kotiuttamistiimin toimintaa, joka edistää ikäihmisen ja hänen läheisensä kotona selviytymistä.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Tiedonhaku

Tässä kehittämistyössä tiedonhakuja tarvittiin selvittäessä mitä kotiuttamistiimitoiminnasta jo tiedetään. Tavoite oli löytää tietoa, joka koskee ikäihmisiä ja heidän kokemuksiaan kotiuttamistiimin toiminnasta. Tämän kehittämistyön teoreettiset lähtökohdat perustuvat järjestelmälliseen tiedonhakuun ja sitä varten laadittuihin sisäänotokriteereihin. Palvelujen kehittäminen edellyttää näyttöön perustuvaa tietoa ja tietokannat mahdollistivat tehokkaan tiedon kokoamisen. (Elomaa & Mikkola 2010, 8, 35.)

Tiedonhaku rajattiin vuosiin 2008-2018 ilmestyneisiin suomen- ja englanninkielisiin julkaisuihin, joista oli saatavilla vapaa teksti sekä joiden tutkimuskohteena olivat  $\geq$  65-vuotiaat ihmiset. Kotiuttamistiimiä käsitteleviä väitöskirjatasoisia tutkimuksia ei löydetty, mutta saatavilla oli yksi ylempi korkeakoulutasoinen (YAMK) opinnäytetyö ja yhdeksän ammattikorkeakoulutasoista (AMK) opinnäytetyötä. Ikäihmisten kokemuksia käsitteleviä ja sisäänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia ei löytynyt tällä tiedonhaulla, mutta kaksi kehittämisraporttia käsitteli kotiuttamistiimin palvelun laatua ja asiakastytyväisyyttä. Hakua täydennettiin manuaalisesti ja hyödyntämällä julkaisujen lähdeluetteloita. Tulokset liittyivät sairaalasta kotiuttamiseen ja ikäihmisiin. Julkaisuaineiston laadun arvioinnissa käytettiin Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) arviointikriteeristöä (Hoitotyön tutkimussäätiö www-sivut 2018).

Tiedonhaku suoritettiin PubMed, Ebsco, Cinahl, Ovid, Medic ja Arto tietokannoista. Manuaalinen haku tehtiin Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL), Kuntoutuksportin, Terveystieteen ja Theseuksen tietokannoista. Hakusanoina käytettiin iäkäs, ikääntynyt, vanhus AND kotiutus, kotiuttaminen, kotiutustiimi, kotiuttamistiimi, kotonan selviytyminen, kotiuttaminen AND sairaala OR kokemus. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin older, elderly AND discharge, discharge team, post discharge team, pre discharge team, transitional team, early supported discharge team, performance AND daily life, discharge service, discharge AND hospital OR experiences. Hakusanoina muodostuneet lauseet katkaistiin tietokantojen ohjeiden mukaisesti.

## 2.2 Kotiuttamistiimi

Kotiuttamistiimi tai kotiutustiimi on yleensä kunnallista toimintaa, joka sijoittuu palveluorganisaatiossa sosiaali- ja terveystieteisiin. Joissakin Suomen kaupungeissa tai kuntayhtymissä toiminta tuotetaan sairaala- ja kuntoutuspalvelujen toimesta. Osa toimii vanhus- ja hoivapalveluiden, ikäihmisten palveluiden tai hyvinvointia edistävien toimintojen yhteydessä. Kotiuttamistiimi kuuluu kotiin vietäviin palveluihin, joka voi toimia kotihoidon-, kotisairaalan-, arviointiyksikön-, palveluohjauksen tai kuntouttavan kotihoidon rinnalla. Näihin voivat kuulua myös mielenterveys-, päihdetyö sekä kotikuntoutus. (esimerkiksi Lohjan kaupunki www-sivut 2018; Rauman

kaupunki www-sivut 2018; Turun kaupunki www-sivut 2017; Ahonen 2016 10; Huhtanen 2018, 18, 46; Kavilo ym. 2013, 7.)

Kotiuttamistiimien tavoite on tukea ja parantaa asiakkaan omatoimisuutta, voimavaroja ja toimintakykyä sairaalahoidon jälkeen. Tuen tarvetta lisää yksilöllinen toipumisvaihe ja kotiutuspelko. (Ahonen 2016, 37; Huhtanen 2018, 40, 56) Toimintakyvyn muutoksien lisäksi osa asiakkaista voi olla pitkäaikaissairaita, moniongelmaisia tai muistamattomia. Valtaosa kaikista asiakkaista on yli 65-vuotiaita. Asiakkuus alkaa sairaalasta kotiin siirtymisen vaiheessa. Sairaalasta pyydetään kotiuttamistiimin palveluja, mikäli asiakkaan kotona selviytymisessä on todettu siinä määrin muutoksia, ettei hän selviydy itsenäisesti kotona. Kotiuttamistiimi ei vastaanota yleensä säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvia asiakkaita. Jaksojen pituudet vaihtelevat eri kaupunkien ja asiakkaan avun tarpeen mukaan kahden ja neljän viikon välillä. (Ahonen 2016, 28; Huhtanen 2018, 40, 54, 62.)

Kotiuttamistiimien toiminnalla pyritään arvioimaan ja tunnistamaan asiakkaan palveluntarve sekä suunnittelemaan turvallinen ja sujuva kotiutuminen. Arviointi voi toteutua moniammatillisena yhteistyönä, jossa voidaan käyttää sairaanhoito-, fysioterapia- ja / tai toimintaterapiapalveluja. Yhteistyötä hyödynnetään esimerkiksi apuvälineiden tarpeen arvioinnissa ja sovituksessa. (Tuli & Selin-Hannola 2009, 4; Huhtanen 2018, 31, 44). Kotiuttamistiimien asiantuntijat tekevät yksin tai oman alueensa terveysaseman lääkärin kanssa päätökset. Ratkaisut liittyvät asiakkuuksiin, siirtoihin, kotiutusajankohtiin ja jatkohoidon suunnitteluun. Joissakin kotiuttamistiimeissä on lääkärikonsultaation mahdollisuus. (Ahonen 2016, 45; Huhtanen 2018, 37, 55.)

Kotiuttamistiimien toiminnalla pyritään lisäksi lyhentämään tai ehkäisemään toistuvia sairaalahoitjaksoja sekä turvaamaan jatkohoidon onnistuminen (Ahonen 2016, 30; Huhtanen 2018, 39, 76; Tuli & Selin-Hannola 2009, 2). Haasteita kotiuttamistiimien toimintaan tuovat aaltomaiset ja ennakoimattomat ruuhkahuiput asiakasmäärissä (Huhtanen 2018, 43).



### 2.3 Porin kotiuttamistiimi -pilotti

Kehittämistyön toimintaympäristönä toimii Porin perusturvan vanhuspalveluiden kotiuttamistiimin pilotti, johon varattiin noin vuosi aikaa (2015-2016). Pilotista vastasivat vanhuspalveluiden johtaja Pirjo Rehula ja viransijaisena toimiva vanhuspalveluiden johtaja Pirjo Mäkilä. Projektisuunnittelija Milla Lappalainen johti pilottia sekä kotiuttamistiimin käytännön toimintaa. Perusturvajohtaja Terttu Nordman asetti moniammatillisen ohjausryhmän toiminnan kehittämisen tueksi. Yhteistyötahoiksi nimettiin Porin yhteistoiminta-alueen sairaala- ja kuntoutuspalvelut, mobiililääkäri ja -hoitajatoiminta, kotihoito ja kotiutusohitajat sekä Satakunnan sairaanhoitopiirin päivystys ja sairaalaosastot. Toiminnan käynnistämisen yhteydessä työntekijöiksi siirtyivät esimiehen lisäksi vanhuspalveluiden 11 lähihoitajaa ja viisi sairaanhoitajaa. Kotihoidon yöpartio -toiminta sulautettiin kotiuttamistiimin toimintaan. (Lappalainen 2017, 2-3; Rehula 2015.)

Pilotin päätavoite oli Laatusuosituksen (2013) mukaisen hyvän ikääntymisen turvaaminen ja palvelujen parantaminen. Toiminnan kehittämisen lähtökohdaksi ei otettu Suomessa muualla muotoutuneita kotiutus- tai kotiuttamistiimien toimintamalleja. Tavoite oli kehittää ”Porin mallin” mukainen kotiuttamistiimi. (Lappalainen 2017; 1-2; Rehula 2015.)

Pilotin osatavoitteena oli kehittää asiakkaan tarpeita vastaavien hoitojen ja palveluiden saamista, lisätä asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan toimintakykyä. Hallinnollisena tavoitteena oli parantaa ja tehostaa hoidon jatkuvuutta sekä saavuttaa asiakkaan ja organisaation näkökulmasta taloudellista hyötyä. Tämän arvioitiin mahdollistuvan laitosvuorokausien vähenemisen myötä. Tarkoitus oli, että toiminta rakentuu arjen selviytymistä tukeviin kotikäynteihin. Toiminta-ajatuksena oli, että sairaalassa ovat ainoastaan sairaalatasoista hoitoa tarvitsevat asiakkaat. Kotiuttamistiimi huolehti 17-99-vuotiaiden asiakkaiden turvallisesta kotiuttamisesta omaan kotiin. (Lappalainen 2017, 1-2; Porin kaupunki www-sivut 2016, 13; Rehula 2015.)

Asiakkuus käynnistyi sairaalassa, jossa todettiin tuen tarve ja muutos kotona selviytymisessä. Fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen tukemiseen pyydettiin suostumus jo sairaalassa. Tukeminen kohdentui välittömästi sairaalasta kotiutumisen jälkeiseen

aikaan. Asiakkaiden tarvitsemat apuvälineet haettiin Porin kuntoutus- ja sairaalapalveluiden apuvälinelainaamosta ja hoitotarvikkeet arviointiosastolta. (Lappalainen 2017, 1, 6.). Kotiutusprosessia pyrittiin tehostamaan toteuttamalla sairaalassa konsultaatiokiertoja lääkärin kanssa sekä lisäämällä yhteistyötä yhteistyötahojen kanssa ennen potilaiden kotiuttamista. (Lappalainen 2017, 2-3; Rehula 2015.)

Pilotin aikana kotiuttamistiimin palveluja käytti noin 1280 asiakasta (98 / kk) ja asiakaskäyntejä toteutettiin noin 9540 (730 / kk). Asiakkaista 10 % oli  $\geq$  90-vuotiaita, 47 % oli 80-89-vuotiaita, 22 % 70-79-vuotiaita ja 9 % 65-69-vuotiaita. Alle 65-vuotiaita oli kahdeksan prosenttia. Kotiuttamistiimin käytön tulosityksi muodostui yleinen tuen tarve kotiutumisessa, infektiot, yleistilan lasku, suunniteltu operaatio, kipu, muistihäiriöt, murtumat ja syövän aiheuttama tuen tarve. Kotiuttamistiimin toiminta vakiintui pilotin aikana. (Lappalainen 2017, 6-9.)

## 2.4 Ikäihminen kotiuttamistiimin asiakkaana

Tässä kehittämistyössä ikäihmisillä tarkoitetaan kronologiselta iältään  $\geq$  65-vuotiaita ihmisiä, joihin kuuluvat iäkkäät, ikääntyneet ja vanhukset (Hyttinen 2009, 43; Sarvimäki & Heimonen 2010, 17). Ikäihmiset muodostavat suuren ikäryhmän, ja he elävät eri elämänvaiheissa ja heidän elämäkulkunsa on yksilöllinen (Vuoti 2011, 24, 30). Terveiden näkökulmasta elämänvaiheet muodostuvat erilaisiksi liittyen sairauksiin, toimintakykyyn ja kokemukseen siitä. Toimintakyvyn ja terveydentilan muutokset lisääntyvät yleensä kronologisen iän kasvaessa, jolloin se vaikuttaa palvelutarpeeseen (Tilvis 2016, 63). Palvelun tarpeeseen vaikuttavat myös ikäihmisen kokemukset kotona selviytymisestä ja kokemukset palvelusta. (Heikkinen 2013a, 237; Jylhä & Leinonen 2013, 387; Sarvimäki ym. 2010, 17-23.)

### 2.4.1 Ikäihmisen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä

Ikäihmisillä on tunnistettu useita sairauksia, jotka vaikuttavat toimintakykyä heikentävästi sairaalasta kotiin palaamisen yhteydessä (Bradshaw ym. 2013, 585; Hoyer ym. 2012, 277; Vohteloo ym. 2012, 825; Zisberg, Tonkikh, Sinoff & Shadmi 2016, 951). Näitä ovat yhtä aikaa niin akuutit kuin krooniset sairaudet, kuten muistisairaus

tai epävakaa mielenterveyden tila. Murtuman sijainnilla (alaraajat) ja suurella leikkauksella, korkealla iällä sekä miessukupuolella on todettu olevan vaikutusta sairaalaan takaisinottamiseen. Tätä lisää sairaalahoitoa edeltävä alentunut fyysinen toimintakyky. Selviytymisvaikeudet ovat liittyneet liikkumisen, itsehoidon, sosiaalisen kanssakäymisen ja kognition osa-alueisiin. (Hoyer ym. 2012, 277.) Murtuman ja heikentyneen toimintakyvyn lisäksi yksin asuminen ja muistisairaus hidastavat sairaalasta kotiin palaamista. Vochteloon ym. (2012, 825) tutkimustulosten perusteella pelkästään korkea ikä ja yksin asuminen eivät heikentäneet kotiin palaamista. Toiminnallisen tilan arvioinnin sisällyttäminen hoitoon voi auttaa tunnistamaan potilaat, joilla on suurempi riski takaisinottoon (Hoyer ym. 2012, 277).

Bradshaw`n ym. (2013, 585) tutkimuksessa selvitettiin  $\geq 70$ -vuotiaiden mielenterveys-sairauksia sairastavien ihmisten tilannetta heti sairaalahoidon jälkeen. Haastatteluihin osallistuivat ikäihmiset, heidän läheisensä ja asiantuntijat. 79 % ikäihmisistä asui kotona ennen sairaalahoitoa, mutta vain 31 % välttyi sairaalaan takaisinottamiselta. Zisbergin ym. (2016, 952) tutkimuksessa erityisesti ikäihmisten ahdistuneisuudella todettiin olevan merkitystä sairaalassaolon pituuteen ja toimintakyvyn heikkenemiseen.

Iäkkäiden mielenterveyspotilaiden huono selviytyminen kotona liittyy ravitsemuksen, kognitiiviseen toimintakyvyn sekä päivittäisten toimintojen suorittamisen (ADL eli Activities of Daily Living) heikkenemiseen ennen sairaalahoitoa. Tähän liittyvät myös masennus ja väsymys (Bradshaw ym. 2013, 585; van Seben ym. 2018, 315). Yksittäisellä tekijällä, kuten ravinnon kulutuksella on vaikutusta väsymykseen ja toimintakykyyn sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuukauden kuluttua kotona. Myös van Sebenin ym. (2018, 315) tutkimuksessa todettiin ruokahalun huononemista ja laihtumista ikäihmisillä heikentyneen toimintakyvyn yhteydessä. Useimmiten ilmeni myös väsymystä, apatiaa, epävarmuuden tunnetta seisoessa ja kaatumispelkoa. Epävarmuuden tunne liittyi kotona yksinäisyyden tunteeseen, koska sairaalassa osoitettiin huolenpitoa ja välittämistä. Arjessa selviytymisen kannalta merkittävää oli liikuntakyvyn ja päivittäisten asioiden suorittamisen heikkeneminen, jotka vaikuttivat myös harrastuksiin. (Zisberg, Shadmi, Nurit, Tonkikh, & Sinoff. 2015, 55.) Muutos toimintakyvyssä määriteltiin Barthel -indeksin avulla, jolla voidaan tuottaa tietoa esimerkiksi kyvystä ruokailla, siirtyä vuoteesta tuoliin ja kyvystä hoitaa henkilökoh-

tainen hygienia. Muutos toimintakyvyssä määriteltiin lisäksi mittaamalla käyttäytymis- ja psykologiset oireet käyttämällä MMSE (Mini Mental State- asteikko) sekä NPI (Neuropsykiatrinen haastattelu) asteikkoja. Tulosten perusteella todettiin, että hoidon onnistuminen edellyttää tarpeita vastaavia avopalveluja kotiin siirtymisen vaiheessa. (van Seben ym. 2018, 315.)

Ikäihmisillä on tunnistettu sairauksien ja toimintakyvyn muutoksien lisäksi sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat toimintakykyyn sairaalasta kotiin siirryttäessä. Sosioekonomisista tekijöistä Greysenin ym. (2014, 1556) tutkimuksessa selvitettiin toiminnallisia, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä esteitä haavoittuvilla vanhemmilla ihmisillä (55-85-vuotta), joilla oli myös alhainen tulotaso. Haastatteluihin osallistui 24 ikäihmistä. Tulosten perusteella kotiin siirtyneillä ilmenee sosiaalisessa tuessa puutteita. Sosiaalinen tuki on kuvattu tärkeänä osana toipumista, jolloin sen puuttuminen voi myötävaikuttaa sairauden uusiutumiseen ja sairaalaan takaisinottamiseen (Kangovi ym. 2012, 709). Monille ikäihmisille sosiaalisen tuen puute lisäsi Greysenin ym. (2014, 1556) tutkimuksessa sekä lääketieteellisen että toiminnallisen toipumisen vaikeuksia. Jotkut kokivat sosiaalisen tukiverkoston supistumista sairauden ja siihen liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Jopa niillä, joilla oli läheinen perhe, ei voinut luottaa heidän tukensa saamiseen. Tuen puutteen koettiin johtavan yksinäisyyteen ja masennukseen. Useat kokivat myös kotiympäristön heikentävän toipumista, eikä heillä ollut muita vaihtoehtoja. Tukea toivottiin asioiden hoitamiseen sekä emotionaalisen tuen tarpeeseen. (Greysen ym. 2014, 1556.)

Psykososiaalisista tekijöistä turvattomuus vaikuttaa kotona selviytymiseen heikentävästi. Ikääntyneet naiset kokevat ikäisiään miehiä enemmän turvattomuutta (Uusihannu 2015, 35). Turvattomuus on yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen. Terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen sekä kaatumispelon vuoksi ikäihminen vähentää sairaalassa liikkumista ja fyysinen kunto heikkenee. Kotiin palatessa heikentynyt liikuntakyky johtaa yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Mitä harvemmin ikäihminen tapaa ystäviään ja tuttaviaan sitä yleisempää on turvattomuuden kokemus. Tämä korostuu öiseen aikaan, mikäli ketään ei ole vierellä. (Uusihannu 2015, 35, Lanne 2013, 270).

Turvattomuus ja epävarmuus voivat ilmentyä turvapuhelin soittoina tai lisääntyneenä lääkäriin hakeutumisena (Laatikainen 2009, 21). Luottamus palvelujärjestelmän kautta saatavaan hyvään hoitoon lisää turvallisuutta. Toisaalta esiintyy tiedon puutetta saatavilla olevista palveluista sekä huolta yhteiskunnan turvaverkkojen toimivuudesta ja kotiin saatavasta avusta. Ikäihmiset haluavat käyttää palveluja, mikäli he voivat itse vaikuttaa niiden laajuuteen ja palvelusuhteen jatkuvuuteen omien tarpeidensa mukaisesti. (Valkila, Litja, Aalto & Saari 2010, 68.) Palvelujen käyttö jakautuu myös sen mukaan, saavatko kotiutuvat ikäihmiset läheisapua. Ilman läheisapua olevilla esiintyy selvästi useammin sairaalaan uudelleen hakeutumista. (Kehusmaa ym. 2018, 2-5.)

Ikäihmiset korostavat positiivisia ja vahvoja suhteita puolison, perheen (erityisesti lasten), ystävien ja naapureiden kanssa. Läheisten tuki voi olla ratkaiseva tekijä kotiutumisessa. Läheisillä on todettu tasapainottamisen vahvuuksia. He kestävät emotionaalista stressiä ja mukauttavat jokapäiväisen elämänsä kotiin palaavan läheisen tarpeiden mukaisesti. (Hvalvik & Reiersen 2015, 3402; Neiterman, Wodchis & Lynn 2015, 90.) Toisaalta sairastuminen ja läheisistä riippuvuus voidaan kokea stressaavana. Riippuvuus koetaan eri tavalla, joka voi aiheuttaa ikäihmisille ahdistusta ja läheisillä pettymyksen tai uupumuksen tunteita asioiden järjestelyyn ja hoitamiseen liittyen. (Andreasen, Lund, Aadahl & Sørensen 2015, 3402. Hvalvik ym. 2015, 3402; Neiterman ym. 2015, 90) Toisten avusta riippuvaiseksi tuleminen ja pelko itsenäisen elämän menetyksestä sekä huoli taloudellisista kuluista lisäävät turvattomuuden tunnetta (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2013, 291; Vaarama, Mikkilä & Hannikainen-Ingman 2014, 41).

#### 2.4.2 Ikäihmisen kokemus avun tarpeesta

Sairaudet, toimintakyky, kokemus terveydestä, sosioekonominen ja psykososiaalinen tilanne tai muutos niissä voi aiheuttaa avun tarvetta. Tarve voi liittyä myös elämäntilanteeseen ja toimijuuteen. Ikäihminen kokee avun tarpeen omista lähtökohdistaan ja omien arvojensa mukaan.. (Hyttinen 2009, 43; Helin & Bonsdorff, 2013, 387; Tiihonen 2014, 83.) Avun ja palvelun tarve kotona selviytymiseksi lisääntyy merkittävästi 80-ikävuoden jälkeen (Setälä 2016, 16; Sotkanet [www-sivut](http://www.sotkanet.fi) 2014-2017b, 2014-

2017c). Niistä ikäihmisistä, joille on tehty sairaalassa palveluntarpeen arviointi, noin puolet sijoittuu sairaalasta kotiutuessa kahteen eniten apua tarvitsevien ryhmään ja joka toisella heistä avun tarpeeseen liittyy kognitiovaje (Kehusmaa ym. 2018, 5). Ikäihmisen ja asiantuntijan arviot avun tarpeeseen johtavista tekijöistä sairaalahoidon jälkeen eroavat osittain toisistaan (Hammar 2008, 85, 103; Ahonen 2016, 30). He ovat samaa mieltä siitä, että koettu avun tarve sairauden hoidossa lisää kotisairaanhoidon käyttöä. Läheiseltä saatu apu vähentää kotihoidon tarvetta sekä sairaalaan uudelleen hakeutumista. (Hammar 2008, 87, 94; Kehusmaa ym. 2018, 3.)

Sairaalasta kotiutuvat ikäihmiset kokivat Hammarin (2008, 88) tutkimuksessa terveydentilansa hyväksi tai kohtalaiseksi, mutta kaksi kolmasosaa heistä koki toimintakykynsä huonoksi. Toimintakyvyn heikkeneminen ilmeni asiantuntijoiden mielestä sairauksien jälkeen varsinkin ulkona liikkumisessa ja portaissa kulkemisessa. Apuvälineitä käyttivät kaikki. Suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista oli ikäihmisten ja asiantuntijoiden mielestä samanlaista, mutta arviot avun tarpeesta olivat asiantuntijoiden mielestä suuremmat. Tutkimuksessa yli puolet tarvitsi apua päivittäin ja lähes kaikki kerran viikossa. (Hammar 2008, 81, 85.)

Ikäihmisistä naiset kokevat miehiä enemmän tarvitsevansa apua pankki- ja kauppasioiden hoitamisessa. Vaikeuksia koetaan tavaroiden kantamisessa ja raskaiden kotitöiden, kuten siivouksen tekemisessä, joihin ikäihmiset haluavat apua (Hammar 2008, 81, 85; Valkila ym. 2010, 67). He kertovat, etteivät asiantuntijat saa tehdä asioita, joita he tarvitsevat, kuten siivous, jääkaapin puhdistus tai ikkunoiden pesu. Tämä on koettu puutteena tarpeiden täyttymisessä kotiin palatessa. (Andreasen ym. 2015, 3402.) Avun tarve sairauden hoidossa liitetään kivun lievitykseen, jossa naiset kokevat tarvitsevansa apua enemmän kuin miehet. Unen ja levon saantiin sekä psykososiaaliseen hyvinvointiin tarvittavassa avussa ei ole todettu olevan eroa miesten ja naisten välillä. (Hammar 2008, 85-86.)

Nordinin, Sunnerhagenin & Axelssonin (2015, 235) tutkimuksessa selvitettiin ikäihmisten ajatuksia kotiin palaamisesta, tuesta ja toiveista aivohalvauksen jälkeen. Haastattelut tehtiin kymmenelle 63-95-vuotiaalle ikäihmiselle viimeistään viisi päivää ennen kotiin palaamista. Ikäihmisille kerrottiin interventtiosta, joka tarkoitti kotiin annettavan tiimin kotikäyntejä korkeintaan neljän viikon ajan kotiin palaamises-

ta. Tuloksista selvisi, että osalla odotukset olivat ristiriitaisia. Osallistujat kuvasivat toisinaan sekalaisia tunteita turvattomuudesta, pelosta sekä kaipauksesta. Koti koettiin tuntemattomana paikkana, joka herättää epävarmuustekijöitä. Osalla ikäihmisistä oli suuria odotuksia kotiin palatessaan. Myönteiset odotukset liittyivät kykyyn olla itsenäinen ihminen, joka palaa tuttuun ympäristöön ja arkeen. Epärealistisen suuriksi nimetyt odotukset ilmenivät pystymisenä. Ikäihmiset olivat vakuuttuneita siitä, että kykenevät hoitamaan päivittäiset toiminnot heti kotiin palatessaan, vaikka eivät tehneet niitä sairaalassa. Kotiin palaamisesta voi muodostua pettymys, joka vaikuttaa ikäihmisen motivaatioon kotona selviytymistä tukevassa kuntoutumisessa. Kotiin siirtymistä pidettiin tärkeänä vaiheena aivohalvauksen jälkeen kuntoutusprosessissa, askeleena elpymiselle ja kuntoutumiselle.

## 2.5 Kotiuttamistiimin merkitys ikäihmisen kotona selviytymisessä

Selviytyminen on muuttuva ja tilannesidonnainen prosessi, johon liittyy yksilöllinen kyky kohdata ja ratkaista vaativia tilanteita. Selviytyminen on suoriutumista ja elämänhallintaa. (Leikkola 2014, 43; Valta 2008, 16; YSA www-sivut 2016.) Selviytymisprosessin aikana ikäihminen pyrkii kaikin tavoin sopeutumaan ja hyväksymään kriisin tai muutoksen (Birkeland & Natvig 2009, 257). Saarenheimo (2013, 374) kuvaa sitä psyykkisenä itsesäätelyä, jolloin ikäihminen rauhoittelee itseään, käsittelee epämiellyttäviä tunteita ja tilanteita. Selviytymisen myötä hän voi kokea itsensä hyvinvoivaksi hoidosta ja hoidon tarpeesta huolimatta (Heikkinen 2013a, 240; Pohjolainen 2014, 5).

Kotiin liitetään selviytymisen kanssa hyvin samanlaisia käsitteitä, kuten elämänhallinta ja elämäntilanteiden hallinta. Ikäihminen voi kokea kodin mahdollisuutena ohjata elämäänsä, jolloin hän voi toteuttaa itsemääräämistä ja autonomiaa. (Ikonen & Julkunen 2013, 10; Sarvimäki ym. 2010, 20.) Kotiin kiinnittyvät arki ja elämänhistoria, jolloin koti voi edustaa pysyvyyttä ja turvallisuutta (Ylä-Outinen 2012, 125). Ikäihmiset kokevat kotona selviytymisen muutoksia sairaalasta kotiin palatessa, jolloin heidän avun tarpeensa kasvaa (Kehusmaa ym. 2018, 5). Tässä kehittämistyössä kotona selviytyminen ymmärretään ikäihmisen laajana subjektiivisena kokemuksena,

jossa hänen voimavarat, yksilölliset ominaisuudet, terveydentila ja toimintakyky sekä kokemus avun tarpeesta vaikuttavat kykyyn sopeutua vaatimuksiin.

Kotiuttamistiimiä lähestytään ikäihmisten kotona selviytymistä tukevana sosiaalisena toimintaympäristönä, joka toimii yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavien toimijoiden kanssa ja rajapinnassa. Kotiuttaminen ja kotiutus muodostavat prosessin, jonka tarkoituksena on ikäihmisen sujuva siirtyminen sairaalasta jatkohoittoon ja kotona selviytyminen. Kotiutusprosessi voi toteutua moniammatillisena toimintana. (Hammar 2008, 21; Lahti 2016, 16; Lämsä 2013, 105). Sitä voivat täydentää sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajien lisäksi läheisten tuki sekä seurakuntien ja järjestöjen tarjoama toiminta (Hvalvik ym. 2015, 3402.) Pelkistetyin kotiutusprosessi on joukko toisiinsa liittyviä toimintoja tai tehtäviä (YSA www-sivut 2016), joita ovat avun tarpeen määrittely, suunnitelman laatiminen, auttaminen, hoitaminen, ohjaus sekä jatkohoidon arviointi ja sen turvaaminen (Hammar 2008, 24; Koski 2017, 66, 82; Lämsä 2013, 111). Ikäihmisen laadukkaaseen kotiuttamiseen liitetään näiden lisäksi kotiuttamistahojen välinen tiedonkulku, ikäihmisen ja läheisen osallistaminen, heidän kanssaan laadittu hoitosuunnitelma sekä itsehoidon ohjaus (Allen ym. 2014, 346).

Usein ikäihmisten ja läheisten on vaikea tunnistaa kotona selviytymiseen liittyviä vaikeuksia, ennen kuin he palaavat kotiin (Andreasen ym. 2015, 3402; Lämsä 2013, 110; Nordin ym. 2015, 235). Ennen sairaalasta kotiutumista tapahtuvaa tapaamista pidetään tärkeänä, koska se liitetään kotiutusvalmiuteen, kotikuntoisuuden arviointiin, ohjaukseen sekä palvelujen järjestämiseen. Kotiutusvalmius voi vaihdella riippuen siitä, onko ikäihminen tai läheinen huolissaan kotona selviytymisestä ja ovatko he saaneet riittävästi tietoa siihen liittyvistä asioista, kuten kotiuttamistiimin palveluista. (Haaranen 2016, 12, 22; Palonen 2016, 52.) Suomessa toimivien kotiuttamistiimien välillä on eroa siinä, käydäänkö kotiutuvaa asiakasta tapaamassa jo sairaalan osastolla. Sairaalassa tehtävään arviointiin, asiakkaan omaan rooliin ja toiveisiin on pyritty kiinnittämään huomiota. (Ahonen 2016, 28; Tuli & Selin-Hannola 2009, 3; Huhtanen 2018, 46)



### 2.5.1 Palvelutarpeen arviointi

Avun ja palvelun tarpeen tunnistamista pidetään ensiarvoisen tärkeänä asiakasläh- töisten tavoitteiden ja oikein kohdentuvien palvelujen saavuttamisessa (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2012, 25). Monien kotiuttamistiimien toimintatavoissa korostuu palveluntarpeen arviointi, joka on asiakkaalle maksutonta. (Ahonen 2016, 12, 30; Huhtanen 2018, 57, 76). Se tulee tehdä, kun ikäihminen ei selviydy kotona ilman toi- sen henkilön tukea. Tuen tarve voi olla tilapäinen, jatkuva, toistuva tai pysyvä. Ohja- ukseen johtava arviointi on tarvittaessa aloitettava viipymättä. Tämä perustuu sosiaa- lihuoltolakiin (1301/2014, 36-37§) sekä Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä (980/2012, 15§). Terveystalvelulaki (1326/2010, 50-53§) korostaa moniammatillisen palvelu- ja hoidontarpeen arvioinnin tekemisen merkitystä.

Ikäihmisen avun ja palvelun tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, kog- nitiivisia tai taloudellisia (Lehmuskoski ym. 2012, 23). Kaikkia kotona selviytymi- seen ja palvelun tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä pitää tarkastella rinnakkain, sillä niillä on usein vaikutusta toisiinsa (Laatikainen 2009, 20-23). Niiden tunnistamiseen voidaan käyttää useita erilaisia toimintakykyä ja avun tarvetta mittaavia arviointime- netelmiä (Sulander 2014, 46; Simonen & Heimonen 2014, 58; TOIMIA www-sivut 2018). Ahosen (2016, 30, 34) kehittämistyön tuloksena päätettiin laajentaa kotiutus- tiimin asiakkaiden palvelutarpeen arviointia. Arviointi sovittiin tehtäväksi Sosiaali- porras RAI:n Oulu Screener- arviointivälinettä käyttämällä.

Yleensä RAI:lla voidaan kartoittaa laaja-alaisesti asiakkaan terveydentilaa, toiminta- kykyä ja ympäristötekijöitä, saatua apua sekä avun- ja palveluiden tarvetta. Nopeaa palvelutarpeen arviointia varten on luotu niin sanottuja lyhyitä RAI-välineitä (RAI- CA, RAI-CHA, Oulu Screener, HELSA). Lyhyttä arviointia suositellaan pääosin- käytettävän, kun halutaan selvittää, onko asiakkaalle tarpeen tehdä laaja-alainen pal- velutarpeiden arviointi avohoidossa. (TOIMIA www-sivut 2018.) Ahosen (2016, 30) tutkimuksessa päätettiin, että palvelutarpeen arviointi tehdään noin kahden viikon kuluttua kotiutustiimin asiakkuuden alkamisesta. Mikäli asiakkaalla käydään vain kerran tai kaksi, kirjataan arviointi hoitotyön suunnitelmalehdelle. Tiedonsiirtymisen

koettiin edistävän yhteistyötahojen työtä ja asiakkaan hoidon tuloksia. (Ahonen 2016, 31, 35; Vähäkangas ym. 2017, 22.)

Kokemuksellisen toimintakyvyn selvittämiseen ei ole yksittäistä mittaria (TOIMIA www-sivut 2018). Haastattelemalla ikäihmistä ja läheistä, voidaan vaikuttaa kotiutumisen tavoitteiden saavuttamiseen, sairaudesta toipumiseen ja voimaantumiseen. Keskustelua pidetään tärkeänä, koska sen aikana voidaan käydä läpi kotiuttamistiimin tarkoitus tavoitteiden saavuttamiseksi (Ahonen 2016, 34). Voimaantuminen voi jäädä toteutumatta, mikäli ikäihmisellä ei ole aikaisempaa toimijuus- tai osallisuuskokemusta elämässään. (Simonen ym. 2014, 76; Tiihonen 2014, 81; Valta 2008, 32.) Tästä esimerkki on ikäihminen, joka ei halua liikkua kotona tai osallistua suositeltuun tasapainoryhmään kaatumisen jälkeen. Kaatumisen arvioidaan aiheuttaneen kaatumispelon, joka hidastaa kotona toipumista. Toimijuuden näkökulmasta on tärkeä kysyä ikäihmiseltä ja läheiseltä mitä asiaan voi liittyä, minkälainen elämäntapa, sosio-ekonominen tausta tai tietotaidot määrittävät hänen toipumistaan ja palvelutarvettaan. Toimijuus voi rakentua ikäihmisen menneisyydestä, jolloin hän ei halunnut osallistua ryhmävoimisteluun. Se voi rakentua nykyhetkestä, jolloin hän tuntee häpeää kaatumisen johdosta, tai rakentua tulevaisuudesta, jolloin hän kokee, ettei kykene enää lähtemään kotoa tasapainoryhmään. (Heikkinen 2013a, 243; Jyrkämä 2008, 193; Jyrkämä 2013, 423; Tiihonen 2009, 89; Tiihonen 2014, 83-89.)

### 2.5.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen

Kotiuttamistiimin kotikäyntien suunnittelussa ja toteutuksessa on ensiarvoisen tärkeää huomioida ikäihmisten lisäksi heidän läheisensä. Läheiset osallistuvat hoidon suunnitteluun harvoin (Allen ym. 2014; Huhtanen 2018, 46; Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro 2017, 20.) Osallistuminen on keskeistä, sillä ikäihmiset saavat yleensä kotiutuksen jälkeen suurimman osan avusta läheisiltään. Usein läheiset kantavat vastuuta kotiin palaavan ikäihmisen asioista ja haluavat olla mukana kotiutusprosessissa. Suunnittelu auttaa läheisiä tietämään miten tukea kotiutuvaa ikäihmistä. (Hvalvik ym. 2015, 3402; Setälä 2016, 15, 22.). Ahosen (2016, 13, 22) tutkimuksessa sairaan- ja terveydenhoitajat ja kotihoito-ohjaajat pitivät merkittävänä, että läheiset otetaan suunnitteluun mukaan heti asiakkuuden alussa. Mikäli huomiointi ei ollut

riittävää, kotiuttamistiimin toiminta jäi etäiseksi ja yhteydenpito oli jatkossa vaikeampaa. Kotiutustiimin hyöty koettiin silloin vähäiseksi. Läheisen tiedonpuute ja huoli lisäävät sairaalahoitoon takaisin hakeutumista (Menzies & Hanger 2011, 29). Toisinaan ikäihmisen lisäksi, myös läheisen voimavaroja tulisi seurata ja tukea. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi hoivatilanteet, joissa ikäihmisellä ilmenee ravitsemusongelmia, kaatumisia, vaeltelua ja kognition alenemaa yhtä aikaa (Kehusmaa ym. 2018, 2-5).

Hyvä kotiutussuunnitelman laatiminen johtaa ikäihmisen auttamiseen ja hoitamiseen. Huhtanen (2018, 10) teki kotiuttamistiimien toimintatapojen vertailun, jossa hoitajat toteuttivat sairaalasta annettujen ohjeiden mukaisia toimenpiteitä. Näihin kuuluivat sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten haavahoidot, drenien huuhtelu, suonensisäiset antibioottitiputukset, sekä kotidialyysihoidot. Näistä voitiin huolehtia myös yhteistyössä kotisairaalan kanssa. Asiakkaan hoidon seurantaan kuului tarpeen mukaan esimerkiksi verenpaineen, pulssin, verensokerin ja kivun seuranta. Tarvittaessa mitattiin muisti-, toimintakyky- tai ravitsemustila. Lisäksi huolehdittiin lääkehoidosta sekä kaupassa ja apteekissa käynnistä. Lääkehuolto käsitti lääkelistojen tarkistamisen, lääkkeiden jaon ja lääkkeiden hankinnassa avustamisen, jolloin asiakas maksoi lääkekustannukset itse. Tavoitteisiin pyrittiin hoito- ja hoivatoimenpiteiden lisäksi keskustelulla ja kuuntelulla. Vastaavia toimintoja kuvataan Tuli & Selin-Hannolan (2009, 4) sekä Ahosen (2016, 32) kehittämistöissä.

Neiterman ym. (2015, 90) selvittivät tutkimuksessaan mitä haasteita ikäihmiset kokivat siirtyessään sairaalasta kotiin ja millä järjestelmillä voitiin vastata heidän kokemiinsa haasteisiin. Haastatteluihin osallistui 36 ikäihmistä ja 19 perheenjäsentä, jotka tukivat heitä. Kotiin tulevan sairaanhoitajan koettiin edistävän lääkkeiden hallintaa, kotihoidon palvelujen järjestämistä, lääketieteellisten tarpeiden tunnistamista ja ohjeiden mukaisen hoidon toteutumista sekä terveyden seuranta. Kotikäynteihin oltiin tyytyväisiä. Apua saatiin lisäksi päivittäisessä hoidossa, kuten ruoanlaitossa, siivouksessa, pukeutumisessa ja peseytymisessä. Mesteig, Helbostad, Sletvold, Røssstad & Saltvedt (2010) tutkimuksessa tunnistettiin myös sairaanhoitajan merkitys ikäihmisen lääkehoidon onnistumisessa. Tutkimus selvitti ikäihmisten kotiin palaamisen yhteydessä esiintyviä haittatapahtumia. Tuloksissa todettiin, että 24 tunnin kuluttua sairaalasta

lasta kotiin palaamisen jälkeen tehty sairaanhoitajan käynti voi paljastaa väärin lääkkeiden ja virheellisten lääkkeiden ottamisen. Tutkimuksessa ikäihmisten MMSE oli 24 pistettä tai enemmän.

Ikäihmisten kotona selviytyminen liitetään sairaanhoidollisten toimintojen lisäksi usein sosiaaliin ja ympäristöön liittyviin tukitoimiin (Greysen ym. 2014; Tiihonen 2014, 82-83). Mikäli ikäihmiselle tarvitaan tukisidonnaisia tukipalveluja, kuten turvapuhelin, suositellaan tekemään asiakkuuden alussa tulokset. Tämän on todettu edistävän tarvittavien tukipalvelujen käynnistymistä oikea-aikaisesti. Sairaanhoitajien lisäksi sosiaaliohjaaja voi antaa tukea palvelujen kartoittamisessa ja raha-asioiden selvittämisessä. Tuki voi liittyä ryhmätoimintaan, liikuntaryhmiin sekä palvelukeskusten toimintaan. Tämä voi johtaa alustavan hoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaaliohjaajan lisäksi osa kotiuttamistiimeistä tekee yhteistyötä asiakasohjaajien, kuntoutusohjaajien tai muistihoidajien kanssa. Yhteistyöllä suunnitellaan ajoissa ikäihmistä auttava taho. Yhteistyö voi alkaa keskustelulla ja tietojen vaihtamisella. (Huhtanen 2018, 38, 42; Tuli & Selin-Hannola 2009, 3.) Ahosen (2016, 32-41) kehittämistyössä hoitajat ja kodinhoitajat kokivat, että ikäihmisen kanssa yhdessä miettimällä voidaan vähentää yksinäisyyttä sekä tukea toimintakyvyn palautumista.

Kehusmaan ym. (2018, 5) selvityksessä turvalliseen kotiuttamiseen suositellaan käytettävien kehitteillä olevia asiakasohjauksen malleja. Asiakasohjaus voi sisältää palveluiden järjestämistä sekä yksilöllisen elämäntilanteen hallinnan edistämistä (Piirainen 2018, 18). Kotiuttamistiimit tekevät asiakasohjauksen tyyppistä työtä toteuttamalla palveluohjausta. Ohjaus sisältää tietoa kunnan, yksityisen sektorin ja vapaaehtois toimijoiden palvelutarjonnasta jatkohoidon turvaamiseksi. Palveluohjauksen tulee sisältää hyvinvointia edistävää neuvontaa ja ohjausta, palvelujen koordinoitua, asiakkaan ja läheisen osallistamista sekä asiakkaan mahdollisuuden valintojen tekoon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä 980/2012, 15§; Vähäkangas ym. 2017, 18-20). Ohjauksen yhteydessä osa kotiuttamistiimeistä tekee alustavan palvelusuunnitelman itse. Suunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan toimintakyky ja koti sekä niiden mahdollisesti aiheuttamat haasteet kotona pärjäämiselle. (Ahonen 2016, 32; Huhtanen 2018, 31, 44, 55.)

### 2.5.3 Kuntoutuksen ja jatkohoidon turvaaminen

Kotiuttamistiimien toimesta voidaan tehdä muutaman päivän kestäviä koekotiutuksia. Kotikokeiluasiakkaiden kohdalla tavoite on kotona pärjäämisen turvaaminen, arvioimalla selviytymistä, hankkimalla apuvälineet ja varmistamalla yhteistyö jatkohoitotahojen kanssa. (Huhtanen 2018, 34, 41.) Kotikokeilut ovat merkittäviä myös läheisen kannalta. Kotiin palaamiseen liittyy pelkoa siitä, ettei pysty hallitsemaan tilannetta ja tästä aiheutuu ikäihmiselle ja läheiselle stressiä (Hvalvik ym. 2015, 3402.) Somersaari (2013, 23) on selvittänyt ja kehittänyt ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden turvallista kotiuttamista. Tuloksissa ilmeni, että kotiin siirtymisen vaiheessa korostuu kodin ja sen ympäristön, apuvälineiden, läheisten, ystävien, naapureiden, kotihoidon sekä siivouspalvelun antama tuki. Hissittömässä kerrostalossa asuminen tai sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen asettavat toimintakyvylle vaatimuksia kotiin siirtymisen vaiheessa. Näihin liittyviä asioita on tärkeä suunnitella yhdessä. (Pohjolainen & Salonen 2012, 236).

Somersaaren (2013, 23) tutkimuksessa selvitettiin lisäksi turvallista kotiutumista edistäviä tai estäviä tekijöitä. Tulosten perusteella kotiympäristön valmistelun merkitys korostuu kotiin siirtymisen vaiheessa ja sitä tulisi selvittää läheisten ja kuntoutushenkilökunnan kanssa. Kodin esteettömyyden ja turvapuhelimen koettiin lisäävän turvallista kotiutumista. Kotiutumista edistävät tekijät liittyivät myös henkilökuntaan, jossa merkitystä oli luottamuksella heihin. Asiantuntijoiden lisäksi luottamus yhdistettiin hyvin erilaisiin asioihin, kuten omiin kykyihin, uskallukseen pyytää apua ja luottamukseen siitä, että pärjää kotona. (Somersaari 2013, 39.) Hoitohenkilökunnan antama tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki, kuten hoidonohjaus lisäävät kotona selviytymistä (Leikkola 2014, 24, 30). Ohjauksen yhteydessä annettavan ohjausmateriaalin tai suullisen ohjeen puute liitetään epävarmuuden ja turvattomuuden kokemukseen hoidon jatkuvuudessa (Palonen 2016, 27, 52).

Ikäihmisen liikuntakyvyn merkitys korostuu kotiin siirtymisen vaiheessa. Kotihoidon asiantuntijat toivovat kotiutustiimin kuntouttavan toiminnan ja fysioterapeutin näkyvän enemmän asiakkaan hoidossa. Ahosen (2016, 39) kehittämistyössä sovittiin, että porraskävelyä ja suihkussa käyntiä pyritään kokeilemaan kiireettömässä kotiympäristössä. Lähikaupassa voidaan käydä yhdessä, mikäli asiakas sitä toivoo. Kotiutustii-

min valitsemat kuntoutumista edistävät menetelmät on todettu tehokkaiksi riittävän usein toistettuina. Parsons ym. (2018, 288) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tuettiin ikäihmisten kotiin siirtymistä neljä kertaa päivässä ja seitsemän kertaa viikossa annettavalla ohjelmalla puolen vuoden ajan. Ohjelmassa hyödynnettiin päivittäisiä toimintoja (Activities of Daily Living) sisältäviä harjoituksia, siten että vaativuustasoa lisättiin asteittain. Harjoituksiin sisältyi esimerkiksi kävelymatkan lisääminen valitsemalla istumapaikat. Harjoitteet liitettiin päivittäistavaroiden kuljettamiseen kaupasta ja tavaroiden sijoitteluun kotona. Kuntouttavassa toiminnassa keskeistä oli, että myös muut kuin fysioterapeutti tai terveydenhuollon ammattilainen pystyivät toteuttamaan ohjelmaa.

Kotiuttamistiimin fysioterapeutti voi arvioida apuvälineitä ja niiden käyttöä, suunnitella harjoitusohjelmia sekä arvioida nopeassa aikataulussa uudelleen ikäihmisen toimintakykyä, mikäli siinä ilmenee heikkenemistä (Ahonen 2016, 39). Tavoite on, ettei ikäihmisiä siirretä heti uudelleen sairaalahoitoon. Toimintatavoilla, kuten liikumissopimuksella on tavoite tukea itsenäisesti tai hoitajan kanssa toteutettavaa harjoitusta. Tällä kannustetaan ja ohjataan omien voimavarojen mukaisesti tiskaamaan, viemään roskat ja käymään kaupassa. Sitä voidaan hyödyntää säännöllisen kotihoidon piirissä, jolloin seurataan liikkumissopimuksen mukaisten asioiden toteutumista ja vaikutusta ikäihmisen toimintakykyyn kotiutustiimin jakson loputtua. (Ahonen 2016, 22, 39.)

Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeä arvioida milloin on oikea aika lopettaa hoitosuhde. Ahosen (2016, 23) tutkimuksessa kotihoidon työntekijät kokivat, että kotiutustiimin asiakkuudet lopetettiin usein liian aikaisin. Tämä liitettiin tilanteisiin, joissa kotiutustiimi oli arvioinut ikäihmisen toimintakyvyn siinä määrin heikoksi, että kotihoitoa tarvittiin. Asiakkuuden nopea lopettaminen liittyi tiedonpuutteeseen, asiakkaan taustatietoihin, asiakkaan kokemaan avun tarpeeseen, hoitotarviketilauksiin sekä tulotietojen selvitykseen. Kaiken tiedon kirjaamista hoitotyön yhteenvedoon pidettiin ensiarvoisena, koska ikäihmisten toimintakyky vaihteli kotiin palaamisen vaiheessa. Tämä tarkoitti, että tavoitteet olisi voitu määritellä uudelleen ikäihmisen ja yhteistyötahojen kanssa. (Ahonen 2016, 23, 39.) Hoitotahojen, asiantuntijoiden ja ikäihmisten välinen tiedonsiirto koetaan puutteellisena (Allen ym. 2014, 346). Hoito-

työn yhteenvetoa pidetään joustavan tiedonkulun ja asiakkaan kokonaistilanteen huomiointia lisäävänä yhteistyön muotona (Kuusisto, Saranto, Asikainen 2014, 316).

Kotiuttamistiimin merkitys ikäihmisten sairaalaan takaisin palaamisen vähentämisessä on suuri. Low, Vasanwala, Ng, Chen, Lee ja Tan (2015, 100) tutkivat sairaalahoidon jälkeisen koti-intervention vaikutusta sairaalahoidon uusintakäynteihin. Tutkimuksessa selvitettiin 259: n kotiin siirtyneen asiakkaan tilannetta. Ikäihmisillä oli monia sairauksia, alhainen tulotaso ja matala Barthel-indeksi. Yleensä < 60/ 100 Barthel-pistettä viittaa suureen ulkopuolisen avun tarpeeseen päivittäisissä perustoimissa (TOIMIA www-sivut 2018). Asiakkaille tehtiin kotiympäristössä kattava hoidon ja sosiaalisen tuen tarpeen arviointi, kotikäynti sekä yksilöllinen hoito, johon sisältyi lääketieteellistä ja hoitotyön hoitoa, lääkehoidon arviointia, ohjausta ja palvelujen koordinoitua sekä itsehoidon opetusta.

Lowin ym. (2015) tutkimuksessa kotikäyntien määrä oli yhdestä seitsemään käyntiä asiakasta kohden, suurimmalla osalla käyntejä oli kolme tai enemmän jakson aikana. Interventiossa käytettiin moniammatillista tiimiä, johon kuuluivat perhelääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti. Ensimmäisen kotikäynnin jälkeen tehtiin hoitosuunnitelma, joka määritteli jatkokäyntien tiheyden, ajoituksen sekä monialaisen tiimin tarpeen. Tätä pidettiin tärkeänä myös Ahosen (2016, 31) kehittämistyön tuloksissa. Lääkärin tarve perustui sairaanhoitajan arvioon. Kun hoidon tarve oli vakiintunut, sovittiin jatkohoidosta. Sairaalahoitoon palaaminen väheni noin 52 % kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden otannassa. Päivystykseen hakeutuminen väheni noin 48 % vastaavina aikoina. Noin 26 % asiakkaista palasi takaisin sairaalahoitoon. Monitieteisellä ja yksilöllisellä hoito-ohjelmalla oli vaikutusta kotona selviytymiseen.

Allen, Hutchinson, Brown & Livingstonin (2014, 346) tutkimukseen valittiin 12 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joiden kautta oli tarkoitus selvittää sairaalasta kotiin siirtymävaiheen tiimien tuottamien hoitotoimenpiteiden laatua ja vaikutuksia  $\geq$  60-vuotiaille. Useimmissa tutkimuksissa kotiuttamista tukevat hoito-ohjelmat vähensivät sairaalassa olon pituutta. Samaan tulokseen viittaa myös Langhorne & Baylan (2017) satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimuksien selvitys. Palvelun laatu keskittyi tehokkuuteen ja turvallisuuteen. Merkittävin koti-interventioiden vaikutus oli fyy-

sisen elämälaadun koheneminen ikäihmisen kokemuksesta. Tämä ei toteutunut heikkokuntoisten veteraanien kohdalla. Aiemmin sairastuneet tunnistettiin osittain paremmin kotona tehtävien hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Emotionaalisen toimintakyvyn paranemisessa ensimmäisen viikon interventiolla oli vaikutusta, mutta ei sen jälkeen. Ilmeni oireiden pahenemista kotiin siirtymisen vaiheessa, kipua, väsymystä, liikuntakyvyn heikkenemistä ja surua.

Koti-interventioiden koettiin vaikuttavan hyvin palvelujen saatavuuteen. Yleensä ikäihmiset olivat tyytyväisiä kotiin siirtymistä tukeviin hoito-ohjelmiin. Johtopäätöksissä todetaan, että ikäihmisen henkilökohtaista ja perhekeskeistä hoitoa tulee tukea kokonaisvaltaisemmin. Erityisesti huolta herätti läheisten tuen puutteen lisäksi ikäihmisen vähäinen emotionaalinen tukeminen kotiin siirtymisen vaiheessa. (Allen ym. 2014, 346.)

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Kehittämistyön tarkoitus on arvioida ja kehittää kotiuttamistiimin toimintaa, joka edistää ikäihmisen ja hänen läheisensä kotona selviytymistä. Tavoite on tunnistaa kehittämiskohteet ja kehittää toimintaa ikäihmisten, kotiuttamistiimin hoitajien ja esimiesten kanssa.

#### Kehittämistehtävät

1. Miten ikäihminen ja hoitaja kokevat ikäihmisen kotona selviytymisen ennen sairaalahoitoa ja sen jälkeen?
2. Miten ikäihminen ja hoitaja kokevat kotiuttamistiimin merkityksen ikäihmisen kotona selviytymisessä?
3. Mitä ikäihminen ja hoitaja odottavat kotiuttamistiimin toiminnalta?
4. Miten kotiuttamistiimin toimintaa voidaan kehittää ikäihmisten, hoitajien ja esimiesten mielestä?



## 4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämistyön toteuttamisesta sovittiin vanhuspalveluiden johdon kanssa keväällä 2016. Ajatuksena oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun käyttäjillä on oleellista tietoa, josta voi olla hyötyä kehitettäessä Porin vanhuspalveluiden kotiuttamistiimin toimintaa pilotin aikana ja sen jälkeen. Keskeisiä asioita olivat asiakastyytyväisyys ja kotiuttamistiimin merkitys kotona selviytymiseen sairaalahoidon jälkeen.

Kotiuttamistiimi-pilotti oli toiminut puoli vuotta, jonka aikana asiakkaita oli ollut noin 430 ja asiakaskäyntejä noin 3070. Asiakkaat olivat 17-99-vuotiaita, joista valtaosa oli yli 65-vuotiaita. (Lappalainen 2017, 5-6.) Kotiuttamistiimin toimintakäytänteistä ja ikäihmisten palvelukokemuksista ei ollut aikaisempaa tutkimusaineistoa. Tässä kehittämistyön toteutuksessa kerätään aineisto sekä mahdollistetaan ikäihmisten ( $\geq 70$ -vuotta) osallistuminen tiedontuotantoon ja kehittämiseen.

### 4.1 Kehittämismenetelmä

Tämä on gerontologinen kehittämistyö, joka toteutetaan laadullisella lähestymistavalla. Menetelmän valinnassa on tärkeää kehittämistavoitteisiin pyrkiminen ja päätöksenteon mahdollisuus yhtä aikaa. Tavoite on tunnistaa uuden toiminnan muotoja ja luoda uutta tietoa sekä ottaa käyttöön ratkaisuja työelämässä. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2014, 18.) Tavoite on asiakasnäkökulmasta jäsentyvä arviointi ja tuloksiin perustuva kehittäminen. Menetelmäksi valitaan Anne Kathrine Krogstrupin 1990-luvulla kehittämä asiakaslähtöinen Bikva-arviointimalli. Bikva on prosessi, jonka avulla voidaan yhdistää arviointi, ikäihmisten osallistaminen ja uuden oppimisen kautta tapahtuva toimintatapojen muutos palvelutoiminnassa. (Höggabba 2008a, 43, 47.)

Bikva tulee tanskan kielen sanasta ”Brugerindragelse I KVALitetsvurdering” eli asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana (Höggabba 2008a, 10). Menetelmää on käytetty sosiaalipsykiatrian alalla Tanskassa sekä monilla sosiaalityön alueilla Pohjoismaissa ja sen ulkopuolella. (Krogstrup 2004, 7-8; Reijonen 2011, 56.) Suomessa Bikva-mallia on käytetty lähinnä projekteissa arvioinnin ja kehittämisen menetelmä-

nä (Cornu 2013, 32, PaKaste 2013, 8). Kehittäminen on liittynyt asiakaslähtöisten ratkaisujen löytämiseen ikäihmisten kotihoitossa ja kotiutuskäytännöissä. Merkittävää on Högnabban (2008b, 47) tutkimus, jolla hän osoitti, että menetelmän avulla voidaan lähestyä johtajia ja poliittisia päättäjiä, edistää työyhteisöjen dialogisuutta, arvokeskustelua, koulutustarvekeskustelua ja asiakaslähtöisen työorientaation kehittymistä.

Ikäihmisten osallisuus Bikva-arvioinnissa tarkoittaa ensisijaisesti heidän mahdollisuuttaan auttaa kehittämistyössä tarvittavan tiedon kertymisessä ja jäsentämisessä palvelunkäyttäjän kokemukseen perustuen. Tämä voi vaikuttaa palvelua koskevien asioiden päätöksentekoon ja kehittämiseen. Taustalla on perusajatus, jonka mukaan ikäihmisten tulkintoja pidetään yhtä pätevinä kuin kotiuttamistiimin hoitajien ja esimiesten näkemyksiä. (Krogstrup 2004, 10; Högnabba 2008a, 43, 46; Vilka 2015, 120.)

Arvioiva menetelmä helpottaa arvon määrittelemistä. Tämä voidaan saavuttaa tarkastelemalla osallistujien, kuten ikäihmisten ja hoitajien merkitysten maailmaa ja sen jälkeen pyrkimyksellä ymmärtää sekä kuvata kotiuttamistiimin toimintaa heidän arviointeihinsa perustuen (Vilka 2015, 118). Metodina ymmärtäminen on eläytymistä ikäihmisten ja hoitajien kokemuksiin. Samalla kun se korostaa heidän oikeuttaan toimia tämän kehittämistyön kaltaisessa tilanteessa (Jyrkämä 2008, 192).

Oppiminen ja tiedon kehittyminen Bikva-prosessin aikana edellyttää ikäihmisten palvelukokemuksiin uskomista, kykyä kuulla ja nähdä tiedot monelta kannalta sekä avoimuutta kyseenalaistaa olemassa olevia käytänteitä. Tällä ei tavoitella tässä kehittämistyössä kaikkien olemassa olevien toimintatapojen muuttamista. (Högnabba 2008a, 46, 48.) Oivallus ajatustenvaihdon merkityksestä luo yhteyden ikäihmisten kuvaamien hyvien käytäntöjen tai epäkohtien ymmärtämisen ja yhteisen vaikuttamisen välille (Krogstrup 2004, 16).

Bikva-mallin toteuttaminen edellyttää valmisteluja. Niistä keskeisimpiä ovat osallistujien valinta ja arvioinnin toteutuksen suunnittelu. Arviointiin voidaan ottaa mukaan kaikki kohteen asiakkaat, mutta yleensä siitä muodostuu liian suuri joukko ja aikaa vievä kokonaisuus. Tärkeintä on mitä vaikutuksia valinnalla on tuloksiin. (Krogstrup

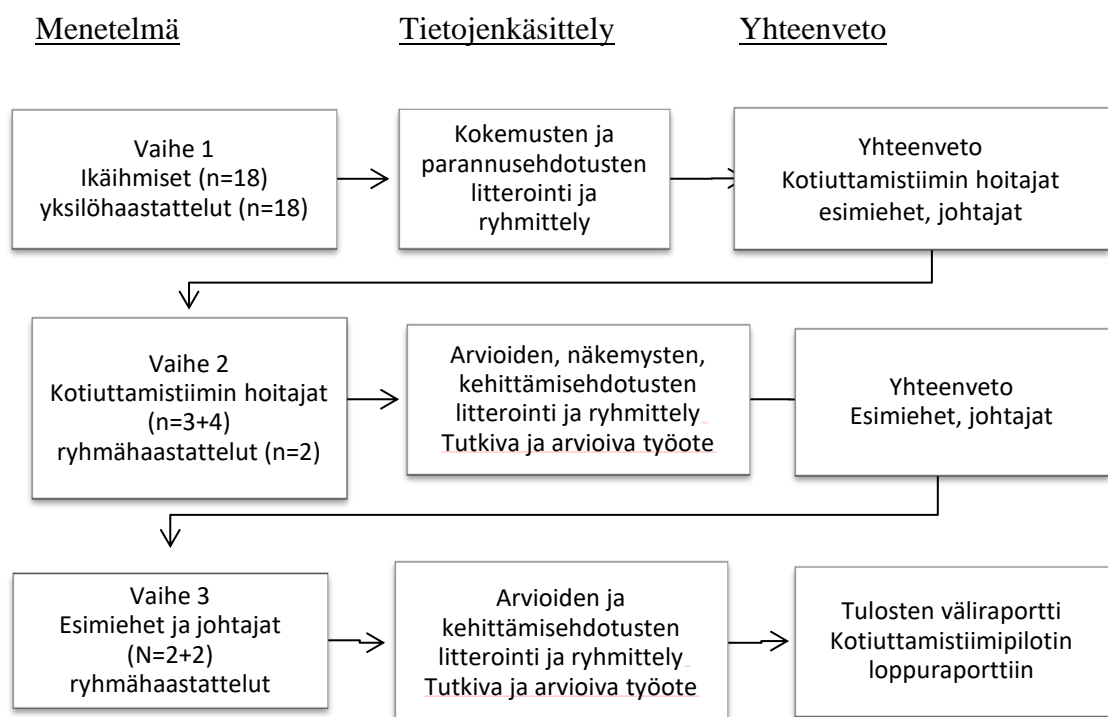
2004, 16.) Tässä kehittämistyössä ei valita satunnaisvalinnalla eikä aineiston riittävyyteen viittaavalla saturaatiolla osallistujia. Erityisenä kriteerinä pidetään kronologista ikää, kotiuttamistiimi-pilotin palvelujen käyttöä ja käytön lopettamista sekä soveltua aineiston keruun ajankohtaa. Valinnalla pyritään otokseen, joka edustaa parhaalla mahdollisella tavalla palvelua käyttävien ikäihmisten ja kotiuttamistiimin hoitajien kokemuksia. (Krogstrup 2004, 18; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2014, 179.)

Bikva-arviointiprosessi etenee kolmessa vaiheessa, joita ovat tiedon keruu, tietojen käsittely sekä haastatteluohjeiden laatiminen, josta tässä kehittämistyössä käytetään nimeä yhteenveto (Kuvio 1.). Tiedonkeruu on tässä kehittämistyössä laadullista, mutta voi olla tarvittaessa määrällistä. (Högnabba 2008a, 10.) Toisin kuin perinteisessä laadullisen aineiston keräämisessä, Bikva suosii tiedonkeruun menetelmänä haastatteluja puhtaan lomakekyselyn, havainnoinnin tai erilaisten dokumenttien käytön sijaan. Haastattelumenetelmänä käytetään ikäihmisten, hoitajien ja esimiesten yksilö- tai ryhmähaastatteluja (Kuvio 1.). Laadullisessa kehittämisessä haastateltavien määrän suositellaan olevan melko pieni, koska tietomäärä, aineiston käsittely sekä aineiston syvätkinta saattavat muodostua laajoiksi ja vievät aikaa. (Metsämuuronen 2008, 9, 37-41; Tuomi ym. 2013, 71.)

Krogstrup (2004, 15) suosittelee haastatteluissa kerätyn aineiston käsittelyä ensin induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa käyttäen ja toiseksi analyysituloksiin perustuen yhteenvedon laatimista. Aineiston analyysi toteutetaan vuorotellen Bikva-prosessin eri haastatteluvaiheiden välissä (Kuvio 1.). Analyysi voi noudattaa yleisiä laadullisen aineiston sisällönanalyysin ja synteessin menettelytapoja (Metsämuuronen 2009, 48, 220, 254).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on olennaista, ettei analyysia ohjaa edeltävästi valitut kategoriat. Ne valitaan ikäihmisten esille tuomien kokemusten ja tehtävänasettelun pohjalta, toisin kuin tehdään deduktiivista lähestymistapaa käytettäessä. (Tuomi ym. 2013, 93, 108.) Aineistosta analysoidaan kaikki, mikä on selkeästi ilmaistu tai kuullaan nauhoitetuissa dokumenteissa (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 144). Analyysin avulla muodostetaan yhteenveto aihepiireittäin, jonka on tärkeä sisältää joka vaiheessa ikäihmisten määrittämiä ja heille tärkeitä asioita. Yhteenvedon voi esittää kaikille haastateltaville. (Krogstrup 2004, 7-21.)

Bikva-arviointimallissa tiedon kertymistä ja muutosta estäviksi tekijöiksi on nimetty tiedon vastaanottoon ja käsittelyyn liittyvät tekijät. Näitä ovat esimerkiksi ryhmän tai yksilön varauksellinen suhtautuminen palautteeseen tai keskustelun jumittuminen haastattelujen aikana. Toisaalta ikäihmisten tai työntekijöiden kriittisen ajattelun puuttuminen voi estää toimintakäytänteiden uudistumisprosessin. Ulkopuolisella tohturilla on merkittävä rooli Bikva-menetelmien käytön osaamisessa, haastatteluohjeiden valmistelussa sekä mahdollisten esteiden voittamisessa. (Krogstrup 2004, 7, 13, 24; Högnabba 2008a, 44-45.)



Kuvio 1. Asiakslähtöisen arviointiprosessin ja tiedonmuodostuksen eteneminen Bikva-mallin mukaisesti (Krogstrup 2004, 17, 48)

#### 4.2 Kehittämistyön tiedonkeruu ja tiedon käsittelyn toteutuminen

Ennen varsinaisten haastattelujen käynnistymistä kotiuttamistiimin hoitajia pyydettiin jakamaan 40 kirjettä (Liite 1), joiden saatteessa kerrottiin kehittämistyön sisällöstä ja tarkoituksesta sekä mahdollisuudesta osallistua kehittämistyöhön ja haastatteluun. Haastatteluun suostumus pyydettiin kirjallisella suostumuslomakkeella. (Liite 2) Tällä tavoiteltiin noin kymmenen haastateltavan osallistumista. Kirjeet annettiin

kotiuttamistiimin palvelun käytön lopettaneille ikäihmisille ( $\geq 70$  vuotta) heinäkuun ja elokuun 2016 välisellä ajalla aikajärjestyksessä. Haastateltavien määrää ei rajoitettu ja kirjeitä palautettiin 21, joista 19 sisälsi suostumuksen haastatteluun. Yksi ikäihminen perui haastattelusuostumuksen tapaamista edeltävän puhelinkontaktin yhteydessä. Haastateltavien taustatiedoista tilastoitiin vastaajan ikä, sukupuoli, asu-  
mismuoto, läheiset sekä syy kotiuttamistiimin käytölle, mikäli siitä kerrottiin.

Tässä kehittämistyössä aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastattelun menetelmin. Haastattelut toteutettiin kolmessa vaiheessa haastattelusuostumuksen (Liite 2) antaneille Porin kotiuttamistiimin ikäihmisille (n=18), hoitajille (n=7) sekä esimiehille, joihin liitettiin myös johtajat (n=4). Ikäihmisten teemahaastattelut toteutettiin noin viikon kuluttua kotiuttamistiimin käytön lopettamisen jälkeen heinäkuun ja syyskuun välisellä ajalla jokaisen ikäihmisen kotona, Porin yhteistoiminta-alueella. Hoitajat haastateltiin syyskuussa ja lokakuussa 2016 työpaikan kerhotilassa. Esimiehet haastateltiin lokakuussa 2016 sekä tammikuussa 2017 heidän omissa työpisteissään. Ikäihmisten haastattelut kestivät kahdestakymmenestä minuutista tuntiin, josta litteroitiin 65 sivua autenttista tekstiä. Hoitajien haastattelut kestivät keskimäärin tunnin, joista litteroitiin 17 sivua autenttista tekstiä. Esimiesten haastattelut kestivät keskimäärin puolitoista tuntia, joista litteroitiin 28 sivua autenttista tekstiä.

Ikäihmiset haastateltiin yksitellen, mutta hoitajat kahdessa ryhmässä sekä esimiehet kahdessa ryhmässä (Kuvio 1.). Yksilöhaastattelujen toteuttamista kotona puolsivat arkojen näkökulmien esittäminen sekä ikäihmisten fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn muutokset, joista molempia ilmeni jossain määrin haastateltavilla. Yksilöhaastattelussa huomioitiin henkilökohtaiset elämäntarinat tai pelkän myönteisen palautteen antaminen toimintatavoista, jotka voivat olla este tiedonmuodostuksen synnylle. (Krogstrup 2004, 11.) Hoitajien ja esimiesten haastattelua pienissä ryhmissä puolsivat keskustelun ja innovatiivisen ajatustenvaihdon mahdollistaminen. Tämän odotettiin johtavan tulosten työstämiseen sisältäpäin Bikva-arviointimallin avulla. (Krogstrup 2004, 13.) Ryhmähaastattelun esteenä pidettiin vuorotyötä sekä mahdollista pidättyvää ilmaista näkemyksiään, jolloin asioiden työstäminen ryhmässä voisi toteutua vain osan kohdalla (Krogstrup 2004, 25-26).

#### 4.2.1 Ikäihmisten yksilöhaastattelut ja aineiston analyysi

Bikva-prosessin ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin kirjallisen suostumuksen antaneet ikäihmiset ja läheiset. Haastattelun toteuttamisen ajankohta ja paikka sovittiin edeltävästi puhelimesta. Haastattelut (n=18) toteutettiin ikäihmisten omassa kodissa yhtä ikäihmistä lukuun ottamatta, joka toteutettiin puhelinhaastatteluna. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin ennen yksilöhaastattelun aloittamista haastattelusuostumus uudelleen sekä pyydettiin suullinen suostumus nauhoittamiseen. Nauhoittamisen käyttöä perusteltiin sillä, että keskusteluun ja luontevaan haastatteluun jää paremmin aikaa. Lisäksi kerrottiin, että tiedon määrä voi olla suuri ja kaikki kokemukset haluttiin saada mukaan tuloksiin. Yhtä ikäihmistä lukuun ottamatta kaikki haastateltavat antoivat luvan haastattelun nauhoittamiseen. Hänen kokemuksista tehtiin tarkemmat muistiinpanot käsin. Ikäihmisille kerrottiin haastattelun ja tulosten käytön tarkoitus sekä oikeus keskeyttää haastattelu itselle sopivana hetkenä. Heidän oli myös mahdollista esittää kysymyksiä.

Ikäihmisiä pyydettiin kertomaan omin sanoin ja omista lähtökohdistaan kotiuttamistoiminnan merkityksestä heidän kotona selviytymiseensä. Lisäksi pyydettiin kertomaan mitä toiminnan pitäisi olla, jotta siitä olisi mahdollisimman paljon hyötyä sitä käyttäville. Kehittämisehdotusten nimeäminen koettiin vaikeaksi. Arviointi pidettiin luottamuksellisena, jolloin myönteisinä tai kielteisinä koettuja asioita ilmaistiin hyvin vapautuneesti. Haastattelujen toteutumista tuettiin puhumalla selkeästi, osoittamalla aitoa kiinnostusta kuulla heidän kokemuksiaan ja luomalla miellyttävä ilmapiiri (Krogstrup 2004, 26-27). Ikäihmiset osoittivat suurta kiitosta haastatteluja kohtaan ja keskustelut koettiin osana hyvää kotiutumista. Muutaman ikäihmisen kohdalla käytettiin kuulon aleneman vuoksi kuulon kommunikaattoria. Kaikki yksilöhaastattelut toteutuivat ilman esteitä.

Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin sanatarkasti auki eli litteroitiin jokaisen yksilöhaastattelun jälkeen. Nauhoitettu aineisto hävitettiin heti. Litteroidusta tekstistä poimittiin autenttisia ilmaisuja joko lauseina tai ajatuskokonaisuuksina lukemalla ja selailemalla aineistoa useaan kertaan. Lukeminen oli merkittävä osa analyysia ja se auttoi tietojen käsittelyä. Aineiston kriittisellä tarkastelulla pyrittiin varmistamaan aineiston sopevuus yhteenvetoon.

Aineiston sisällönanalyysi tehtiin kolmessa vaiheessa (Liite 3). Pelkistämisvaiheessa pyrittiin tiivistämään ikäihmisten kuvaukset kokemuksista ja toiminnalle annetuista merkityksistä. Pelkistetyissä ilmaisuihin käytettiin samoja sanoja kuin autenttisissa ilmaisuihin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Toisessa vaiheessa pelkistetystä aineistosta ryhmiteltiin samankaltaiset ilmaisut naisten, miesten sekä läheisten mukaan. Apuvälineenä käytettiin tekstinkäsittelyohjelman leikkaa ja liimaa toimintoa. Ryhmittelyllä pyrittiin selkeyttämään haastateltavien esille tuomia näkökulmia (Krogstrup 2004, 21). Samankaltaisista näkökulmista muodostettiin kategorioita, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tässä vaiheessa alkoi aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. Samaa tarkoittavista käsitteistä muodostettiin yläkategorioita.

Aineistoanalyysin tuloksena muodostui kategorioita, jotka olivat edistäneet tai heikentäneet ikäihmisten kotona selviytymistä (Liite 3). Näistä, haastattelujen teemoista sekä kehittämistehtävän tehtäviin vastaamisesta muodostettiin kokemusten yhteenveto. Tämä esitettiin kotiuttamistiimin hoitajille, koska heillä oletettiin olevan näkemyksiä ja tulkintoja siitä, mihin ikäihmisten kokemukset perustuvat (Krogstrup 2004, 9). Aineiston analyysin ja hoitajien haastattelujen väliin varattiin riittävästi aikaa, koska nauhoitettu aineisto oli suuri ja sisällönanalyysin vei aikaa.

#### 4.2.2 Hoitajien ryhmähaastattelut ja aineiston analyysi

Bikva-prosessin toisessa vaiheessa haastateltiin suostumuksen antaneet kotiuttamistiimin hoitajat (n=3+4). Kaikille hoitajille esitettiin mahdollisuus osallistua haastatteluun. Hoitajat valikoituivat haastatteluun oman kiinnostuksensa ja työvuoron perusteella luontevasti. Haastattelun paikka ja aika sovittiin hoitajaryhmien kanssa erikseen puhelimitse. Ennen ryhmähaastattelujen aloittamista keskusteltiin Bikva-mallin perusajatuksesta sekä yhteisestä tiedon tuottamisesta. Hoitajille kerrottiin oikeudesta keskeyttää haastattelu itselle sopivana hetkenä. Haastattelujen nauhoittamiseen saatiin jokaiselta hoitajalta suullinen suostumus. Vuorovaikutustilanne pyrittiin luomaan luottamukselliseksi, jossa hoitajilla oli yhdenvertainen mahdollisuus tuoda esiin omia kokemuksiaan ja arvioitaan omista lähtökohdistaan. (Höggabba 2008a, 12, 39-40.)

Lähtökohtana haastatteluissa toimi yhteenveto, joka sisälsi ikäihmisten haastatteluaineistosta litteroidut sekä ryhmitellyt kokemukset, arviot ja kehittämisehdotukset. Hoitajien haluttiin jatkavan ikäihmisten antamien arviointien tarkastelua. Yksittäisen ikäihmisen tunnistaminen yhteenvedosta oli minimoitu. Asiat esitettiin kertomalla, että kyseessä on ikäihmisten kokemuksia aihealueittain. Tavoitteena oli, että hoitajat pohtivat ryhmähaastattelussa mihin ikäihmisten arviot perustuvat ja mitä toimintatavat sisältävät sekä mitä ajatuksia ikäihmisten kokemukset herättävät (Krogstrup 2004, 15, 22).

Arviointi toteutui luottamuksellisena, jolloin myönteisinä tai kielteisinä koettuja asioita ilmaistiin vapautuneesti. Molemmissa ryhmissä toteutui luonteva vuorovaikutus, vaikka ajoittain keskustelu jakautui pienempiin ryhmiin. Ikäihmisten haastattelutuloksia kohtaan ei ilmennyt varauksellisuutta eikä palautteen kyseenalaistamista (Krogstrup 2004, 27, Högnabba 2008a, 43). Tuloksia tarkasteltiin kiinnostuneina ja rakentavan kriittisesti. Ryhmissä käynnistyi käytössä olevien toimintatapojen sekä uusien innovatiivisten kehittämisajatusprosessi. Hoitajat keräsivät toimintatavoista ja käytössä olevista toimenpiteistä luettelon (Liite 6). Ryhmähaastattelut toteutuvat ilman esteitä.

Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin sanatarkasti auki eli litteroitiin kummankin ryhmähaastattelun jälkeen. Nauhoitettu aineisto hävitettiin heti. Litteroidusta tekstistä poimittiin autenttisia ilmaisuja joko lauseina tai ajatuskokonaisuuksina lukemalla ja selailemalla aineistoa useaan kertaan. Lukeminen oli merkittävä osa analyysia ja se auttoi tietojen käsittelyä. Aineiston kriittisellä tarkastelulla varmistettiin, että kaikki oikeat asiat tulevat yhteenvetoon.

Aineiston sisällönanalyysi toteutettiin kolmessa vaiheessa, kuten oli tehty ikäihmisten aineiston analyysissä. Pelkistämisvaiheen jälkeen aineisto ryhmiteltiin (Liite 4). Ryhmittelyllä pyrittiin selkeyttämään haastateltavien esille tuomia näkökulmia (Krogstrup 2004, 21). Samankaltaisista näkökulmista muodostettiin kategorioita, jolle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi samaa tarkoittavista käsitteistä muodostettiin yläkategorioita.



Sisällönanalyysin tuloksena muodostui kategorioita (Liite 4), jotka kuvasivat hoitajien kokemuksia ikäihmisten kotona selviytymiseen liittyvistä tekijöistä. Toiseksi muodostuivat hoitajien kehittämis ehdotukset. Hoitajien haastattelun tuloksista muodostettiin yhteenveto. Ikäihmisten ja hoitajien kokemukset, arviot ja kehittämis ehdotukset liitettiin seuraavaan yhteenvetoon, joka esiteltiin esimiehille. Tätä perustellaan sillä, että yleensä työntekijöiden toimintamuodot ovat esimiesten ja johdon vastuulla ja siten he ovat kiinnostuneita tuloksista. Osallistaminen edistää heidän sitoutumistaan päätöstehtävissä ja yhteisiä kehittämisen keinoja punnittaessa. (Krogstrup 2004, 9). Aineiston analyysin ja esimiesten haastattelujen väliin varattiin riittävästi aikaa, koska aineisto oli suuri ja analyysi vei aikaa.

#### 4.2.3 Esimiesten ryhmähaastattelut ja aineiston analyysi

Bikva-prosessin kolmannessa vaiheessa haastateltiin suostumuksen antaneet esimiehet, joihin liitettiin myös johtajat. Haastattelut (n=2+2) toteutettiin kahdessa ryhmässä. Esimiehet valikoituivat luontevasti kotihoidon sekä sairaala- ja kuntoutuspalveluiden toimialueelta. Haastatteluun ja sen nauhoittamiseen saatiin jokaiselta suullinen suostumus. Haastattelujen paikka ja aika sovittiin esimiesten kanssa yksitellen. Esimiehille kerrottiin oikeudesta keskeyttää haastattelu itselle sopivana hetkenä.

Lähtökohtana haastattelussa toimi yhteenveto, joka sisälsi ikäihmisten ja hoitajien litteroidut ja ryhmitellyt kokemukset, arviot ja parannusehdotukset teemoittain. Haastateltujen tunnistaminen minimoitiin. Tulokset esitettiin kertomalla, että kyseessä on ikäihmisten ja hoitajien kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia aihealueittain, mitä heidän kokemuksensa kertovat. Tavoitteena oli, että esimiehet pohtivat ryhmähaastatteluissa mihin arviot perustuvat ja mitä niissä esiin tulleille asioille voidaan tehdä. (Krogstrup 2004, 15, 22). Yleensä johdolle ja päättäjille suositellaan esiteltäväksi vain sellainen asiakkaiden ja työntekijöiden arvio, johon he voivat vaikuttaa päätösvallallaan (Krogstrupin 2004, 10, 19). Tässä kehittämistyössä päätettiin hyödyntää kaikki aineisto, koska kyseessä oli meneillään oleva kehittämishanke, jossa esimiesten ratkaisut vaikuttavat suoraan tai välillisesti toiminnan laatuun.

Molemmissa esimiesten haastatteluryhmässä toteutui luonteva vuorovaikutus. Ikäihmisten ja hoitajien haastattelutuloksia kohtaan ei ilmennyt varauksellisuutta eikä palautteen kyseenalaistamista (Krogstrup 2004, 27, Högnabba 2008a, 43). Tuloksia tarkasteltiin kiinnostuneina ja rakentavasti pohdiskellen. Ryhmissä käynnistyi käytössä olevien toimintatapojen sekä uusien innovatiivisten kehittämisajatusten prosessi. Haastattelut olivat luonteeltaan myös keskustelua arviointituloksista. Ryhmähaastattelut toteutuivat ilman esteitä.

Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin sanatarkasti auki eli litteroitiin ryhmähaastattelujen jälkeen. Nauhoitettu aineisto hävitettiin heti. Litteroidusta tekstistä poimittiin autenttisia ilmaisuja joko lauseina tai ajatus-kokonaisuuksina lukemalla ja selailemalla aineistoa useaan kertaan. Lukeminen oli merkittävä osa analyysia ja se auttoi tietojen käsittelyä.

Aineiston sisällönanalyysi toteutettiin kolmessa vaiheessa (Liite 5), kuten oli tehty ikäihmisten ja kotiuttamistiimin hoitajien aineiston analyysissä. Pelkistämisvaiheen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Ryhmittelyllä pyrittiin selkeyttämään haastateltavien esille tuomia näkökulmia (Krogstrup 2004, 21). Samankaltaisista näkökulmista muodostettiin kategorioita, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi samaa tarkoitavista käsitteistä muodostettiin yläkategorioita. (Kyngäs ym. 1999, 6.) Sisällönanalyysin tuloksena muodostui kategorioita, jotka kuvasivat esimiesten arvioita ikäihmisten kotona selviytymiseen liittyvistä tekijöistä. Toiseksi muodostuivat esimiesten kehittämis ehdotukset. Tuloksista koottiin yhteenveto, johon sisällytettiin tietoja hyviksi koetuista asioista ja epäkohdista sekä niistä tuotettuja kehittämis ehdotuksia. Tavoite oli osoittaa mihin toimiin arviointi on johtanut (Högnabba 2008a, 46; Krogstrup 2004, 10-15).

Bikva-arviointiprosessin viimeinen eli neljäs vaihe jätettiin tekemättä eikä tietoja viety suoraan poliittisille päättäjille eli Perusturvalautakuntaan (Kuvio 1.). Bikva-prosessilla toteutetun arvioinnin päätuloksista laadittiin väliraportti Porin Perusturvan vanhuspalveluiden pilottihankkeen loppuraporttiin helmikuussa 2017. Raportti esitettiin Perusturvalautakunnalle hankkeen lopussa (Lappalainen 2017, 5). Arviointiprosessin tulosten toimittamisesta kaikille prosessiin osallistuneille päätetään kehittämis-työraportin julkistamisen jälkeen.

Poliittisten päättäjien haastattelu merkitsee yleensä organisaatiossa tuloksekasta, kokonaisvaltaista ja yhtenevää muutosta. Tiedon palauttaminen myös prosessin lopussa ikääntyneille asiakkaille kertoo mihin toimiin arviointi on johtanut. Palautteen tiedetään lisäävän asiakkaiden aktiivisuutta ja halua osallistua yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. (Reijonen 2011, 104; Krogstrup 2004, 22; Högnabba 2008b, 13, 40.)

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 5.1 Kokemukset

#### 5.1.1 Hyvään ja huonoon kotona selviytymiseen liittyviä tekijöitä

##### **Ikäihmisten ja läheisten kokemukset**

Kaikki ikäihmiset kertoivat kotona selviytymisestä ja sitä edistävästä tai heikentävistä tekijöistä ennen sairaalahoitoa ja sairaalahoidon jälkeen. Suurin osa heistä ei kokenut kotona selviytymisen vaikeutta ennen sairaalahoitoa. Hyvä selviytyminen kotona liitettiin elinympäristöön, liikuntakykyyn, tukiverkoston, apuvälineisiin ja riippumattomuuteen muiden tuesta. Kohtalaisen hyvä selviytyminen sairaalahoidon jälkeen liitettiin toimintakyvyn muutokseen sekä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Huono selviytyminen kotona sairaalahoidon jälkeen liitettiin selviytymistaitojen tukemiseen. Tukiverkostoa ja itsehoitoa pidettiin tärkeänä selviytymisessä. Selviytymisessä korostui sopeutuminen muutoksiin.

##### *Hyvä selviytyminen kotona sairaalahoitoa ennen ja sen jälkeen*

Elinympäristön ja teknologian koettiin tukevan kotona selviytymistä. Pitkäaikainen asuminen samassa paikassa tai muuttaminen läheisten lähelle edisti itsenäistä toimintaa. Asumista pidettiin hyvänä, kun se oli oma valinta. Moni toi esille omakotitalon tai kerrostalon merkityksen. Kerrostalon hissi ja pihalla oleva ulkopenkki edistivät jaksamista. Toimintaan arjessa vaikuttivat esteettömyys, sopivat siivouslaitteet ja turvallisuutta lisäävät apuvälineet, kuten vuoteessa oleva nousutuki ja tukikahvat suihkuutilassa. Miehet kertoivat rakennusten ja ympäristönhoidon edellyttävän kykyä

toimia kotona. Hyvässä selviytymisessä korostui sopeutuminen muutoksiin. Läheisten päätöksiin kotona asumisesta ja asioiden hoitamisesta luotettiin.

*”No mä olen useamman vuoden ollu sokko, et kyllä mä nyt selvinny olen, nimenomaan ku kotona on pystyny, osannu liikkua. Tuttu paikka.” (Haast2nainen91)*

*”Kyl mää ruuan laita ja imuroitte. Mul on tollane kelvempi imur. Selkä on niin huono, sinne on tullu niin paljo kulumii ja kaikkee.” (Haast9nainen81)*

Tukiverkosto ja liikunta (erityisesti naiset) liitettiin hyvinvoinnin edistämiseen. Ulkoilu ja arkiliikunta toteutettiin asioiden hoitamisen sekä harrastustoiminnan yhteydessä. Harrastuksien toteuttaminen mahdollistui apuvälineen ja läheisten tuella. Apuvälineiksi nimettiin rollator, pyörätuoli, nousutuki ja turvapuhelin. Apuvälineiden ja tukiverkoston koettiin edistävän päivittäisten asioiden hoitamista, osallistumista asioihin ja yhdessä päivittäisten asioiden tekemistä. Yksi puoliso koki palvelusetelin käytön tärkeäksi. Ikäihmisistä miehet eivät kertoneet kokemuksia apuvälineiden merkityksestä kotona selviytymiseen.

Tukiverkostoksi nimettiin läheiset, joita olivat omat lapset, lastenlapset, miniät, sisarukset, ystävät sekä puoliso. Läheisten ja lääkärin antamia kuntoutumista edistäviä ohjeita pidettiin tärkeänä. Puolisot painottivat kuntoutumista edistävän toiminnan, sen suunnittelun ja tavoitteiden asettamisen tärkeyttä. Kuntoutumiseen käytettiin voimistelua, ulkoilua ja harrastuksia. Ahkera voimistelu ja toipuminen yhdistettiin tuloksiin. Suunnittelussa käytettiin yleensä läheisiä, mutta yksi ikäihminen harkitsi palveluohjaajan käyttämistä suunnittelun apuna.

*”Lääkäri ja tytärki sano et sä et saa äiti maata aina kuuntelemassa äänikirjoja. Mä ymmärrän sen itteki, et ne meinaa ettei siit nouse sit enää.” (Haast2nainen91)*

*”Tos on seinäs tartuntakahvat, niin hän nousee tuost noi ylös ja sit hän siin niiailee polviin, et saadaan polvii voimaan ja kaikenlaista sellaista.” (Haast13miesplso)*

Läheiset ja puolisot auttoivat ikäihmisiä ennen sairaalahoitoa kauppatarvikkeiden hakemisessa, ruokien valmistuksessa ja kodinhoidossa. Vaikeuksia ei koettu, kun asioista puhuttiin ja niitä hoidettiin yhdessä. Läheisten apu kodin siivouksessa ja naapureilta saatu kyyti kauppa-asioille koettiin merkittäväksi. Sairaalahoidon jälkeen

apua saatiin lisäksi peseytymisessä sekä asuinympäristön ja asioiden hoidossa. Tukea tarvittiin myös sairauden aiheuttaman muutoksen hoidossa, kuten silmälääkkeiden laittamisessa.

*”Poika ja miniä kävi. Sit miniä pesi mut kerran. Ku mää vaan pääsen tonne suihkuun nii kyllä mää sitte. Miniä ja poika laitto tän käden sit sillai pussiin.” (Haast10nainen82)*

Hyvänä pidettiin läheisten erilaisia rooleja ja apujen viikoittaista säännöllisyyttä ennen sairaalahoitoa. Kotiin paalaamisen jälkeen myös tehtävien jakoa läheisten, kunnallisen ja yksityisen kotihoidon sekä itse ikäihmisen kesken pidettiin sopivana. Läheisen soitto ja voinnin kysyminen koettiin jo merkittäväksi tueksi. Toisaalta läheisten mahdollisuus yöpyä ikäihmisen kodissa loi turvallisuuden tunnetta, mutta vuorostaan nopeat vierailut kotona eivät tyydyttäneet odotuksia. Miehet kokivat naapurivun tärkeänä nurmikon leikkaamisessa ja tyttären tuen kokonaisvaltaisessa kodinhoidossa ja ravintohuollossa. Positiivisten kanssakäymisten vaikutus ilmeni mielialassa ja aktiivisuudessa. Puolisojen merkitys päivittäistoimien toteuttamisessa koettiin pitkäaikaisena sitoutumisena ja kokonaisvaltaisuuksena. Läheisten antama tuki koettiin hyväksi ja yksittäisen avun saaminen järjestyi nopeasti.

*”Nyt on sovittu että he (kotihoito) tulee maanantaina ja torstaina. Kaksi kertaa viikossa. Mä laitan itte pyykit koneeseen ja ne tulee laittaa kuivumaan.” (Haast12nainen70)*

*”Kyllä pärjään, nyt kun mulle on myönnetty se invataksi 18 matkaa kuukaudessa ja mulla saa olla siellä auttaja.” (Haast12nainen70)*

*”Tytär käy tässä niin hän tarkastaa paikat ja tietää mitä sit tarvitaan. Lämmitän ruoan mikrossa, keitän kahvia. Tytär keittää ton pullollisen (vettä) ja mä hörpin sitä sit.” (Haast15mies90)*

Puolisot ja sisaret kokivat selviytymistä edistävänä tekijänä tukiverkostot. Puolisot nimesivät tukiverkostoihin kuuluvaksi kotihoidon ja erilaiset tukipalvelut. Apua saatiin lääkehuoltoon, ravintohuoltoon ja päivittäistöimiin. Miehet pitivät ateriapalvelua hyvänä. Tukiverkostojen käyttämisessä korostui tehtävien jakaminen ikääntyneen, kotihoidon ja puolison kesken. Puolisot toivoivat, että autettava osallistuisi enemmän kuntoutumiseen ja päivittäisten toimintojen suorittamiseen.

*”Hän sano et ilman minnuu ei hän täs pärjäis. Mää hoidan pankkiasiat, mää hoidan hänen kaikki lääkkeet, laitan ton noi dosettiin. Aina viikoks, uusin ja hoidan ne. It-tensä hän on pessy.” (Haast6nainenplso)*

*”Kodinhoitajat laittaa nyt lääkkeet dosettiin ja sit tehtiin apteekkiin, ei tarvitse reseptien kans touhuta, he (kodinhoitajat) hakee lääkkeet ja jakaa.” (Haast13miesplso)*

Yksityisiä tukiverkostoja nimitettiin avustajiksi, työiksi tai apureiksi. Osa ikäihmisistä (naiset) oli itse palkannut yksityisen tukihenkilön. Heitä pidettiin hyvänä, koska päivittäisissä toiminnoissa avustaminen oli henkilökohtaista ja kokonaisvaltaista. Palveluja käytettiin siivoukseen sekä lääkäri- ja kaupakäynteihin. Samalla ikäihmisellä saattoi käydä kaksi eri tukihenkilöä auttamassa eri asioita. Yksi ikäihminen koki maksuttomat tukipalvelut tärkeänä.

*”Otin tänne yhden tytön hiukan helppaamaan minua. Yksityinen tyttö laitto mulle ruokaa, rupes käymään kauppas, pesi minu, ihan kaiken näköstä kotihommaa, laitto lääkkeet.” (Haast17mies93)*

Muiden avusta riippumattomuutta ennen sairaalahoitoa ja itsemääräämisoikeutta sairaalahoidon jälkeen pidettiin tärkeänä kotona selviytymisessä. Riippumattomuus liitettiin itsenäiseen liikkumiseen, hygienian hoitoon ja päivittäisten asioiden hoitamiseen. Se koettiin myös valinnan vapautena. Vapautta koettiin, kun peseydyttiin itsenäisesti tarpeen mukaan, eikä kukaan määrännyt ajankohtaa. Ruokia voitiin valmistaa ja valita oman maun mukaan. Läheisten kauppa-apu auttoi valinnan vapauden toteutumisessa. Osa ikäihmistä koki itsenäisen lääkehoidon vapautena sairaalahoidon jälkeen. Voimien huomioiminen ja lepoetkien pitäminen suoritusten jälkeen edisti riippumattomuutta. Muutos siinä yhdistettiin liikkumiseen, itsehoitoon ja sosiaaliseen verkostoon, joista kerrottiin sairauksien ja terveydentilan muuttumisen yhteydessä. Terveyttä verrattiin aikaisempaan toimintakykyyn.

*”Kaikki paikat ko on tämmöset, tämän ikäisellä ihmisellä. En ole jumppaa harastanut, mut jalkaleikkausten jälkeen ollu tapana pyörittää nilkkoja... hiihdin joka talvi tossa pitkin pelto sen päiväsesti et.” (Haast14nainen78)*

*”Mul on verenpainemittari ja mä oon ittekin mitannu. Se on vähän rauhoittunu, asettunuki vähän.” (Haast15mies90)*

Itsemääräämisoikeuden koettiin tukevan kotona selviytymistä kotiutuksen jälkeen. Se ilmeni sairaalahoidon jälkeen myös valinnan vapautena, käsityksenä omasta toi-

mintakyvystä ja käsityksenä omista tietotaidoista. Päätöksiä tehtiin ja valinnan vapautta käytettiin itsehoidon, ruokarytmin, apuvälineiden, lääkehuollon toteutuksen ja lepoetkien säätelemisessä. Omat päätökset liittyivät usein pitkäaikaissairauksien lääkehoitoon ja seurannan toteutukseen. Miehet kokivat itsehoidon selviytymistä edistäväksi tekijäksi. Siinä korostettiin elämäntapojen, kuten ulkoilun, levon, tupakoimattomuuden ja mittausten omaseurannan tärkeyttä.

*”En aja enää autoa, määh lopetin kohta. En määh rupee ollenkaa seikkailee tuolla, määh maksan ennemi. Se on viisasta. Lämmitän itse taas saunankin.”*  
(Haast7mies83)

*”Mulle on syntynyt semmone, että määh itte. Se on hyvä semmonen elämän sisukkuus. Määh sanoin lääkärilki että määh otan hissun kissun. Lääkäri sano että enemmän sais ruveta liikkumaan.”* (Haast7nainen83)

Läheiset kantoivat huolta ikäihmisten tekemistä valinnoista ruokailujen ja liikkumisen suhteen. Osa läheisestä teki ikäihmisen puolesta päätöksen turvallisuuteen liittyvästä liikkumisesta, kuten pyörän käyttämisestä. Läheiset ilmaisivat myös pettymystä tapahtuneiden asioiden vuoksi. Liikkumisen merkitys tunnistettiin kotona selviytymisen mahdollistajana.

*”Määh syön sit illal kun tytär tulee, ja sit se huutaa, et mittääh ei ole syöty.”*  
(Haast16nainen88)

Tavoitteellisen toiminnan koettiin edistävän erityisesti naisten ja läheisten mielestä kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Tavoitteisiin pyrittiin motivaation, sisukkaan luonteen ja ennakoinnin avulla. Motivaatio merkitsi naisille halua kuntoutua ja halua asua kotona niin kauan kuin pystyy. Haluttiin huolehtia lääkehuollosta, ravinnon valmistuksesta ja liikunnasta. Ennakoinnilla pyrittiin tunnistamaan vaaratilanteet, kuten kaatuminen. Läheisten luottamus tavoitteen saavuttamisessa koettiin tärkeäksi.

*”Koitan selvitä tässä kotona. Miniäki uskoo. Olen aikalail tommonen yrittäväinen ollu.”* (Haast17nainen93)

*”Mulla on ollu halu kuntoutuu. Sisulla kuntoutuu. Ei saa antaa peräks. Ei o täytymist, kyl se o haluu.”* (Haast9nainen81)

Selviytymistaitojen koettiin edistävän kotona selviytymistä sairaalanhoidon jälkeen erityisesti naisten mielestä. Omiin kykyihin luotettiin, mutta myös avun tarve tunnistettiin. Apua vastaanotettiin hygienianhoidossa ja kauppa-asioiden hoidossa. Valintoja tehtiin tuomalla kaupasta vähemmän ruokatarvikkeita. Apuvälineet koettiin hyviksi ja tarpeellisiksi, koska niiden avulla päästiin esimerkiksi tuolista ylös tai saatiin lattialle pudonnut tavara nostettua. Turvapuuhelmalla saatiin hälytettyä apua itselle.

*”Nyt mä olen saanut pestyä huonosti kun mul on näitä joka paikas näitä (sidetoksia). Mä olen joutunut vain sieltä täältä pesemään tukkakin. Mun on täytyne pyytää semmonen nuori kampaajatyttö siistimään mun tukka ja pesemään mut kotona.” (Haast2nainen91)*

*”Me käydään kahdestaa ulkona pyörätuolil. meil on niin hyvin ku me saatiin semmonen sähköavusteinen pyörätuoli se helpottaa niin mukavast. se tuli sairaalast.” (Haast13miesplso)*

#### *Puutteellinen selviytyminen sairaalahoidon jälkeen*

Ikäihmiset eivät kokeneet kotona selviytymistä huonoksi ennen sairaalahoitoa. Oman toipumisen ja toimintakyvyn muutokset liitettiin sairaalahoidon jälkeiseen aikaan. Niiden tunnistettiin vaikuttavan kodinhoitoon, päivittäisten toimintojen suorittamiseen sekä apuvälineiden käyttöön. Osa ikäihmistä koki, että yhtäältä tukiverkosto auttaa kotona selviytymisessä, mutta toisaalta tukiverkosto liitettiin puutteelliseen selviytymistaitojen tukemiseen. Kohtalaiseen selviytymiseen liitettiin läheiset ja kotihoito, koska he auttoivat pyykkiä kuivumaan ja jakoivat lääkkeitä lääkekoteloon ikäihmisen kanssa tai erikseen. Muutoksiin pyrittiin sopeutumaan.

*”En pysty vielä silittämään. En mä jaks seistä tämän jalan kanssa viel niin kauaa. Mää oon oppinut et en enää yöpaitojakaa silitä. Ruoanlaitos en mää joudu niin kauan seisomaa. Jotaki mää oon leiponuki, mut täytyy liikkua välis. (Haast9nainen81)*

*”Mä oon koittanut yrittää, osalta on tuntunut pakolta. Kotihoito oli sit jo kun mä yritin henkariin laittaa vaatteita tällä toisella kädellä. En saa käsiä ylös. En oo vähään aikaan kutonukaan. (Haast12nainen70)*

Haasteena pidettiin myös apuvälineiden ja kulkuneuvojen käyttämistä sairaalahoidon jälkeen. Fyysiset ja tietotaidon rajoitteet koettiin selviytymistä heikentävinä tekijöinä ja kotona selviytymisen pakkoon ei ollut keinoja. Fyysisen kivun hoidossa ja apuvälineiden käytössä koettiin tiedonpuutetta. Kynänsauvojen kanssa ei haluttu mennä



esimerkiksi yleiseen kulkuneuvoon, koska ne koettiin hankaliksi. Autolla ajamista tai yksin saunaan menemistä vältettiin, koska näiden yhteydessä koettiin epävarmuutta. Tietotaidon puute ilmeni myös tiedonsaantioikeuden puutteena. Miehet kokivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa siitä kuka heidän luonaan kävi hoitoa antamassa.

*”Ku määhän tän rollaattorin kans kuljen, määhän en tiedä millai määhän saisin sormet tohon rakkoon. Määhän saan jarruu kyl painettuu, mun täytyy tälläi pistää se, ku niin paljo sattuu tämä. Kai se sit lakkaa.” (Haast10nainen82)*

Huonoon kotona selviytymiseen liitettiin tuen tarpeen lisääntyminen, rajallinen tukeminen tai tuen tarpeen ohittaminen. Nämä vaikeuttivat hygienianhoitoa ja mahdollisuutta osallistua harrastukseen. Lääkehoidossa koettiin tiedonpuutetta, vaikka läheiset auttoivat lääkkeiden jakamisessa lääkekoteloon. Ikäihmisten mielestä tuen puutteeseen oli syynä taloudellinen tilanne ja läheisten kaukana asuminen, töissä käyminen tai kiire, jotka vaikeuttivat kanssakäymistä tai avun saamista. Puolison hyvinvoinnin ja terveyden muutos koettiin myös kotona selviytymistä heikentävänä tekijänä. Puolisot kokivat henkistä väsymystä. Ilmeni, että puolison terveys oli edellytys ikäihmisen kotona selviytymiseen. Tukiverkoston tarve liitettiin puolison terveyden muutokseen. Puolisot tunnistivat tuen tarpeen terveyden muutoksen yhteydessä, mutta heillä ei ollut suunnitelmaa sen edistämiseksi.

*”Olin vähän sekaisin, ja määhän oudoksesta otin noi kaikki lääkkeet, noin paljon yhtäkkiä. Nyt ne jakaa, näähän työt jotka käy päivittäin, kodinhoitajat.” (Haast17nainen93)*

*”Määhän en tie tuliko niit lääkkeit lissää vai mitä siin ol sit.” (Haast16nainen88)*

*”Lapset käy kyl nii huonost, enemmän haluais. He sanoo niin, ettei he kerkee. Sanovat et kulje taksil. Ei se oo nii helppoo ko on pieni eläke, ain ottaa vaa maksullisii.” (Haast9nainen81)*

### **Kotiuttamistiimin hoitajien kokemukset**

Kaikki hoitajat arvioivat ikäihmisten haastatteluissa esiin nousseita asioita oman työnsä ja sille antamansa merkityksen näkökulmasta. Asiakaslähtöisyyttä pidettiin lähtökohtana selviytymistä edistävässä toiminnassa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Toimintaa tarkasteltiin ikäihmisten tarpeisiin perustuen. Hoitajat toivat esiin, että huolimatta kotihoidon tarpeesta, tarve ei aina johtanut kotihoidon käyttämiseen.

Tämä liitettiin ikäihmisen kokemukseen siitä, että selviydytään päivittäisissä toiminnoissa läheisten ja puolison tuella.

*”Me nähdään et olis tarve kotihoidolle, mut omaiset ja puoliso ei. He kokee, et kyllä täs nyt vielä pärjätään läheisten kanss.” (Haast2hoitajaryhmä)*

*”Vaiks kuin apu olis sillai et ei oikeesti pärjää ilman, niin ei suostu ottaa kotihoitoon meidän käynneistä huolimatta koska se on maksullisii.” (Haast2hoitajaryhmä)*

Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa palveluohjaus koettiin vaikeaksi. Ikäihmiset eivät ottaneet vastaan kotihoitoa, koska se oli maksullista palvelua ja he pitivät taloudellista etua tärkeänä. Ilmainen palvelu hyväksyttiin paremmin. Koettiin että ohjausta vaikeutti tietämättömyys ikäihmisten tuloista. Hoitajat olivat selvittäneet asiakasmaksuja ja edullisia tukiverkostoja. Ikäihmisille kerrottiin ilmaisista palveluista, kuten ystävätoiminta, saattajapalvelu, miesten päivätoiminta ja muu vapaaehtoistoiminta. Tukiverkoston luomisen koettiin edellyttävän nopeaa yhteydenottoa jatkohoitoa antavaan tahoon, kuten kotihoitoon. Nopeaa toimintaa pidettiin tärkeänä, jotta kotihoidolla olis riittävästi aikaa valmistella asiakkuutta. Tämä edellytti ikäihmisen kanssa asian käsittelyä hoitosuhteen alusta alkaen. Hoidon jatkuvuuden onnistuminen koettiin epävarmaksi. Pohdittiin, edistääkö läheisen mukana olo viimeisellä kotikäynnillä asioiden hoitamista. Tunnistettiin, että kotihoidon käynnit lopetetaan nopeasti kotiuttamistiimin käyntien jälkeen.

*”Me joudutaan mont kertaa selvittämään sitä mitä kotihoito tulee maksamaan ja millä tuloilla. Jos tulee euron kaks päälle, se on maailman loppu.” (Haast2hoitajaryhmä)*

*”Kolmatta sektoria hyödynnetään ja yksityist, mut se kolmannen sektorin osuus on todella pieni, et mitä voi hoitaa ja järjestää.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Täytyy olla joku semmonen tuki systeemi. Me jätetään kauheesti numeroita mihin voi sit ottaa yhteyttä, jos tarttee jotain. Mut silti tuntuu, et jääks ne tyhjän päälle. (Haast2hoitajaryhmä)*

### **Kotiuttamistiimin esimiesten arviointi**

Kotiuttamistiimin esimiehet, joihin liitettiin myös johtajat arvioivat ikäihmisten ja hoitajien haastatteluissa esiin nousseita kokemuksia. Asiakaslähtöisyyden koettiin vaikuttavan ikäihmisen kotona selviytymiseen. Koettiin, että ikäihmisen toimijuus edesauttoi selviytymistä. Ikäihmisen käsitys omista kyvyistä liitettiin siihen, että mo-

ni heistä vähätteli avun tarvetta eikä kertonut todellisuutta. Käsitys kyvyistä ja tiedonpuute palvelujen vaikutuksesta yhdistettiin niiden vähäiseen käyttöön. Huomioitiin, että sosiaalisia kontakteja kuitenkin kaivattiin erityisesti toisen ihmisen kanssa keskustelua varten. Ikäihmisten kertomuksissa läheiset tulevat vahvasti esiin, mutta heitä ei huomioida kotiutusvaiheessa. Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa pidettiin tärkeänä tukiverkostoa, läheisiä ja luottamusta läheisiin.

*”Pelkokin siitä, että joutuu laitokseen, niin yrittää pärjätä eikä kerro sitä todellista avun tarvetta. Ne ei ymmärrä sitä, että se ei johda mihinkään pahaan jos pyytää apua. (Haast2esimies)*

*”Tulee paljon vanhoilla ihmisillä esiin, että lapsilla ja tyttärillä on tosi suuri vaikutus. Niiltä pitää kaikki kysyä, ettei asiakas voi itte päättää. Hän ottas kotihoidon, mut täytyy nyt tyttären kans jutella.” (Haast2esimies)*

Itsemääräämisoikeuden, läheisyhteistyön ja tiedon käyttämisen koettiin liittyvän heikentävästi kotona selviytymiseen. Tämä ilmeni palvelujen käyttämättä jättämisenä. Esimiehet olivat huolissaan siitä, että ikäihmiset eivät vastaanottaneet kotihoitoa tai lopettivat itse kotihoidon sen maksujen vuoksi. Kaikkien osapuolten kuulemista pidettiin tärkeänä arvioitaessa ikäihmisen avun tarvetta. Tätä perusteltiin sillä, että osalla ikäihmisistä oli muutoksia toimintakyvyn itsearvioinnissa.

*”Aina pitäisi olla koko verkosto mukana eli kaikkia kuulla. Kumminkaan viranomainen ei ole se kuka määrää.” (Haast1Esimies)*

*”Jos potilas itse ajattelisi, että nyt toi ylösnousu on hankalaa, että mä varmasti sen petraan. Mutta tätä suihkutilannetta mä en koskaan pysty paremmin, että mitä pitäisi tehdä ja kotiin saada, et pystyisin paremmin suihkuttamaan.” (Haast3Esimies)*

Läheisyhteistyössä huomattiin läheisten haastattelun puutteellisuutta. Hoitajien oli vaikea soittaa läheisille ja kysyä onko heidän mahdollista auttaa ikäihmistä. Yhteydenottoa läheisiin kannustettiin, koska heillä ei ole aina tietoa avun tarpeesta. Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa pidettiin tärkeänä, että tietoja katsotaan sähköisestä sairauskertomuksesta. Haasteena pidettiin, että hoitotyön yhteenvedo on harvoin valmis ennen ikäihmisen siirtymistä kotiuttamistiimin asiakkaaksi. Tuotiin esiin, että rajallinen tiedon käyttö voi vaikuttaa ikäihmisen kotona selviytymiseen. Pohdittiin asiakasyhteenvedon merkitystä ikäihmisten oman käytön kannalta.

*”Voihan sen kysyä niin että me ollaan huomattu tämmönen ja tämmönen asia miten sä ajattelisit, Kiireiset ihmiset ei huomaa kaikkea ja hyvin osaa vanhukset peittää kaikkee. (Haast1esimiesryhmä)*

*”Aina voi kysyä, että mitä ajattelet jos soitettais pojalle. Vanha ihminen ajattelee, et nyt on kauhee hätä kun pojalle soitetaan. Kerrotaan mikä tilanne on ja että nyt näyttäis siltä ja tältä. Pojankin olis hyvä tietää. Jos hän kieltää niin kieltää. Osaahan kieltää.” (Haast1esimiesryhmä)*

### 5.1.2 Kotiuttamistiimin merkitys kotona selviytymiseen

#### **Ikäihmisten kokemukset**

Kaikki ikäihmiset arvioivat kotiuttamistiimin merkitystä kotona selviytymiseen. Suurin osa heistä koki kotiuttamistiimin edistävän selviytymistä. Selviytymistä edistävät tekijät liitettiin terveyden ja elämänlaadun paranemiseen, jossa tärkeitä olivat turvallisuus, asiakaslähtöisyys sekä hoidon tarpeen arviointi ja suorittaminen. Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tärkeänä pidettiin hoitosuhdetta ja vuorovaikutusta, palveluohjausta sekä itsehoidon tukemista. Selviytymistä heikentävät tekijät liitettiin terveyden ja elämänlaadun muuttumattomuuteen, jossa toivottiin kuntoutumista edistävää toimintaa.

#### *Selviytymistä edistävät tekijät*

Asiakaslähtöisyyden edistäminen liitettiin kotona selviytymiseen. Merkittävänä pidettiin mahdollisuutta palata sairaalasta kotiin kotiuttamistiimin tuella. Kotona voitiin toimia oman tahdon mukaisesti. Muut läheiset eivät tuoneet esille asiakaslähtöisyyden merkitystä kotona selviytymiseen. Kotiuttamistiimi koettiin hyväksi, koska sillä oli ikäihmiselle taloudellista arvoa. Ilmainen palvelu koettiin eläkeläiselle merkittävänä asiana ja valintojen tekeminen yksin pelottavana. Toiminta loi henkistä ja fyysistä turvaa, tiedonsaannin toteutuminen liitettiin myös turvallisuuden tunteeseen. Ikäihmisistä miehet eivät kuvanneet turvallisuuteen liittyviä kokemuksia.

*”Mä nyt sanosin lempeempi putoaminen kotioloihin ku kuitenkin on semmonen turva et hoidetaan sitten tämmönen juttu.” (Haast2nainen91)*

*”Ilman sitä olis ollu vähän pelottavaa. Mää olisin joutunut oleen vallan omin avuin ja mieltii mitä millonki tekee.” (Haast9nainen81)*

*”En määh oikein varmaa olis kyennyt tulee kotiin ilman apua. Siin oli se alku, ensimmäiset päivät, ne olis ehkä ollu sairaalahoitoa. Määh olin ihan sokis täst jalast aluks.” (Haast14nainen78)*

Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suorittaminen liitettiin kotona selviytymiseen. Toimintaa kuvattiin monipuoliseksi. Pienet hoitotoimenpiteet, kuten silmätippojen laittaminen jopa kuusi kertaa vuorokaudessa, haavanhoidot, sidosten vaihtamiset sekä verenpaineen mittaukset ja verikokeiden ottamiset koettiin tärkeänä tukena. Apua saatiin lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa, lääkekotelon käytön opettamisessa sekä päivittäistoimien hoitamisessa. Arviointi, jossa keskusteltiin, edisti ikäihmisten ja läheisten mielestä hoidon suunnittelua.

*”Lääkkeet laitettiin toho dosettiin ja haettiin apteekista, kun en itse päässyt minnekään.” (Haast10nainen82)*

*”Sairaanhoitaja tuli ja haastatteli. Mul ei ollu mitään töitä antaa. Määh sanoin et naisten alapesui olis aamul. En määh semmosii tässä iässä halua opetella.” (Haast4miesplso)*

Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tärkeänä pidettiin hoitosuhdetta ja vuorovaikutusta, palveluohjausta sekä itsehoidon tukemista. Hoitosuhde ja vuorovaikutus koettiin hyvänä. Hoitajien kotikäyntien ja yhteydenpidon koettiin lisäävän henkistä hyvinvointia ja hoitajia odotettiin käynnille uudelleen. Toiselle ihmiselle puhuminen tuotti mielihyvää ja piristi päivää. Kotiuttamistiimin hoidon laatu koettiin hyväksi ja hoitosuhde hyödylliseksi myös läheisten mielestä. Läheiset kokivat tukiverkoston esittelyn ja neuvonnan merkittäväksi tekijäksi palveluohjauksessa. Palveluohjaus yhdistettiin myös apuvälineiden järjestämiseen. Miehet eivät kertoneet palveluohjauksen merkityksestä kotona selviytymiseen.

*”Miniä on kauheesti tykänny, et se kotiutus lähti sujumaa eikä lasten tarvinnu niin kauheen usein käydä.” (Haast5nainen89)*

*”Niil sairaalan tytöil oli koko autolasti tavaraa. Aiemmin mul oli vessanpyttyyn korottaja ja sit tuotiin kylppäriin pesutuoli ja parempi vessanpytyn korottaja. Tohon nojatuoliin ne laitto noi korotetut jalat.” (Haast17nainen93)*

Itsehoidon tukeminen koettiin hyväksi ja se liitettiin kotona selviytymiseen. Itsehoidon tukeminen ilmeni lääkehuollon valvontana, voinnin seurantana, aktiivisuuden mahdollistamisena ja tarpeiden mukaisten päivittäistoimien huomioimisena. Oma

halua toimia tuettiin apuvälineillä, lääkehuollolla sekä esimerkiksi haavanhoidon opetuksella. Tavaroiden asettamisen kotona alemmalle tasolle koettiin tukevan itsehoitoa. Ikäihmisistä naiset kokivat huolenpidon osittain liiallisena varmistamisena. Ikäihmisistä miehet kokivat valvotun lääkehuollon tarpeettomana. Läheiset kokivat lääkehuollossa kannustamisen vaikuttavan kotona selviytymiseen.

*”He tuli aamul kattomaan et he laittaa vaatteet pääl jos ei saa, Ensin alkuun he autti kyl ja kylvettäjä tulee keskiviikkosin.” (Haast16nainen88)*

*”Ne sano, et mää voin soittaa vaikka yölläki jos mää tartten jotain.” (Haast9nainen81)*

#### *Selviytymistä heikentävät tekijät*

Osa ikäihmisistä toi esiin, että kuntoutumista edistävää toimintaa oli liian vähän. Kuntoutumisen merkitys tunnistettiin. Fysioterapeutilta saatu apuväline, kuten esimerkiksi tukiliivi ei auttanut. Epäsopivien apuvälineiden koettiin vaikuttavan haluun käyttää apuvälinettä säännöllisesti.

*”Kotiuttamistiimi ei tehny mitään jumppaa, vaik kaikest semmosest on hyötyy.” (Haast13miesplso)*

#### **Kotiuttamistiimin hoitajien arviointi**

Kaikki hoitajat arvioivat ikäihmisten haastatteluissa esiin nousseita asioita. Arviointi koski palvelun tarpeen arviointia, hoitotyön toteutumista, osallistavaa ohjausta ja neuvontaa sekä hoidon jatkuvuutta. Haastateltavat eivät arvioineet vähäiseksi koettua kuntoutumista edistävää toimintaa.

Palvelutarpeen arviointi koettiin tärkeäksi, vaikka ikäihmiset eivät kertoneet kokemuksia siitä. Arviointia perusteltiin sillä, että hyvin usein ikäihmisen oikea toimintakyky ja selviytyminen oli mahdollista todentaa vasta kotiutusta seuraavana päivänä. Osalla ikäihmisistä ei ollut käsitystä omista kyvyistä kotona ennen kotiin palaamista. Arviokäynnillä selvitettiin työnjako ja tehtiin voimavarakartoitus. Arviointiin osallistuivat ikäihminen ja ammattilainen.

*”Just niiku haavanhoito, tai yleistilan lasku, joka on lähtenyt petraantumaan sairaalas. Sit ku tulee kotiin, ei sitä hahmota miten pärjää.” (Haast2hoitajaryhmä)*

*”Sairaalas kaikki tulee valmiina ja hoitaja on napin päässä. Ei ikääntynyt hahmota mitä se koton oleminen on, et ku ei se hoitaja ole tässä, kun mä soitan nytte.”*  
(Haast2hoitajaryhmä)

Hoitotyön toimintojen koettiin edistävän ikäihmisten kotona selviytymistä. Hoitajat olivat samaa mieltä kuin ikäihmiset, että päivittäistoimissa avustaminen, hoitotoimenpiteiden suorittaminen, apuvälineiden järjestäminen ja apuvälineiden sovitukset ja säätö olivat keskeisiä asioita kotiuttamisen onnistumisessa. Näihin liitettiin kaupassa käynti, kotiasioiden hoitaminen, lääkehuolto ja lääkeneuvonta. Lisäksi muiden asioiden järjestäminen, kuten verikokeiden ottaminen, mikäli ikäihminen ei päässyt näytteenottoon. Nämä perustuivat ikäihmisen voimavarakartoitukseen ja hoitajan tietotaitoihin.

*”Laitettiin lääkkeet dosettiin, sisältäny lääkelistojen setvimisen ja apteekkikäynnin, dosetin hankkimisen, ja ylitään sen et kaikki lääkkeet on kotona. Neuvottu viel millai tätä dosettii käytetään, misä järjestyksessä otat ja sit vielä millai ne jaetaan tai kuka tulee jakamaan ne jatkossa. Se tiedon vieminen.”*  
(Haast1hoitajaryhmä)

*”Just suihkutuolin kans kun monet asettaa suihkutuolin sillai niiku selkä sin suihkuun päin. Mut eihän siit onnistu hanojen vääntäminen.”* (Haast2hoitajaryhmä)

Osallistava ohjaus ja neuvonta koettiin hyväksi. Ohjauksella pyrittiin itsehoidon ja osallisuuden tukemiseen sekä itsemääräämisoikeuden turvaamiseen. Koettiin, että tukeminen oli onnistunut. Tukeminen liitettiin pyrkimykseen opettaa ja ohjata ikäihmisiä ja heidän läheisiään verenpaineen mittauksessa, liikkumisessa, apuvälineiden käytössä, haavanhoidossa sekä lääkehuollossa, vaikka se edellytti aikaa. Osallistumisen ja itsemääräämisoikeuden tukeminen toteutettiin haastattelemalla ikäihmistä ja puolisoa sekä selvittämällä halu osallistua omaan hoitoon. Korostettiin, että puolisoille ja omaishoitajille oli tarve kertoa yhä useammin kotihoitoa tukevista hoitokotijaksoista (intervallijakso). Puolisoita opetettiin jakamaan lääkkeet ja pistämään insuliinit, mikäli ikäihminen ei itse siihen kyennyt.

*”Opetetaan haavan--hoitoa, ettei me vaan käyty tekemäs ja homma jäi sikseen vaan otettiin se asiakas mukaan siihen hommaan.”* (Haast1hoitajaryhmä)

*”Se on kans sitä et toisaalt ei voida velvottaa omaista tekemään mitään.”*  
(Haast2hoitajaryhmä)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen koettiin hyväksi. Palveluohjauksella, turvallisuuden luomisella ja asiakaspalautteen hyödyntämisellä pyrittiin hyvään jatkohoitoon. Asiakkaat ohjattiin käyttämään voinnin mukaan oman alueen näytteenottoa ja tuki-verkostoja. Tavoite oli ennalta ehkäistä kotiuttamistiimin liian suuret näytteenottomäärät, jotka olisivat voineet ruuhkauttaa toimintaa. Turvallisuuden tunnetta pidettiin tärkeimpänä tekijänä kotona selviytymisessä. Tätä tuettiin kertomalla ikäihmisille, että hoitajat ovat tavoitettavissa puhelimella ympärivuorokauden. Positiivinen ja negatiivinen asiakaspalaute saatiin sanallisena palautteena tapaamisten yhteydessä.

*”Me laitettiin aina meidän päivystysnumero käsin siihen esitteeseen, mihin voi soittaa yölläki.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Sit, (tyytymättömyys) saattaa johtuu siitä ettei me siivota. Palvelu puuttuu, tai me ei palvella. Tehdään sitä yhdessä.” (Haast2hoitajaryhmä)*

### **Kotiuttamistiimin esimiesten arviointi**

Esimiehet arvioivat ikäihmisten ja hoitajien kokemuksia kotiuttamistiimin merkityksestä kotona selviytymiseen. Pidettiin tärkeänä, että huolenpidon tuottaminen, turvallisuuden tunteen lisääminen, toimintakyvyn parantaminen sekä jatkohoidon turvaaminen edistivät kotona selviytymistä. Selviytymistä heikentäviä vaikutuksia ei nimetty. Huolenpidon tuottaminen ja toimintakyvyn parantaminen liitettiin apuvälineiden järjestämiseen, jolloin apuvälineitä vietiin tarvittaessa lisää kotiin. Kotona tapahtuvaa apuvälinearviointia pidettiin hyvänä. Haastateltavat eivät arvioineet vähäiseksi koettua kuntoutumista edistävää toimintaa.

Ikäihmisten todettiin arvioivan asioita konkreettisesti käytännön kannalta. Päivittäistoimissa avustamisen todettiin helpottavan kotona oloa. Lääkkeiden jaon yhteydessä tapahtuvaa voinnin seurantaa pidettiin tärkeänä. Mahdollisuus soittaa hoitajille myös yöllä liitettiin ikäihmisen turvattomuuden tunteeseen. Pohdittiin vähentääkö yösoiton mahdollisuus päivystykseen hakeutumista. Jatkohoidon turvaamiseen liitettiin omahoidon onnistuminen ja sen myötä sairaalahoidosta välttyminen.

*”Apuvälineet korostuu näissä. Apuvälineet autto omatoimisuuteen. Kykenen tekemään kaiken.” (Haast1esimies)*

*”Tämä on oikein hyvä asia eli ei tullut sitä, että siitä huolimatta meni takaisin sairaalaan.” (Haast3esimies)*



*”Ihminen kutoutuu nopeammin, kun hän lähtee sinne kotiin omiin vaatteisiin.”  
(Haast3esimies)*

Tasalaatuinen palvelu nimettiin kotona selviytymistä edistäväksi tekijäksi. Tämä ilmeni ikäihmisten antaman positiivisen palautteen kautta, joka vaikutti myös hoitajien motivaatioon sekä vähäisempään jatkohoidon tarpeeseen. Toiminnan kannalta pidettiin hyvänä, mikäli ikäihmisestä ei tullut enää kotiuttamistiimin palvelun jälkeen kotioidon asiakasta.

*”Hämmentää ettei ole mitään huonoa sanottu” (Haast1esimies)*

*”Siinä se motivaatio onkin, he ovat onnistuneet ja he ovat saaneet uusia mahdollisuuksia oppia. On niin kuin hyödyksi monella eri tapaa.” (Haast3esimies)*

### 5.1.3 Osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun

#### **Ikäihmisten kokemukset**

Kaikki ikäihmiset kertoivat kotiutussuunnitteluun osallistumisen kokemuksesta. Suurin osa heistä koki, ettei osallistunut kotiutuksen suunnitteluun. Selviytymisen edistämässä pidettiin tärkeänä päätöksentekoon osallistumista. Selviytymistä heikentäviksi tekijöiksi koettiin puutteellinen tiedonsaanti, sivuosaan ja ulkopuoliseksi jäämisen tunne.

#### *Selviytymistä edistävät tekijät*

Päätöksentekoon osallistuminen koettiin kotiutuksen suunnitteluna. Näissä tilanteissa ilmenee, että ikäihmisille esitettiin kysymyksiä ja heidän kanssaan käytiin keskustelua kotiin siirtymisestä, pesuavuiista ja kotiuttamistiimistä. Miehet eivät tunnista kotiutuksen suunnitteluun liittyviä tilanteita. Ikäihmisten läheiset kokivat päätöksentekoon osallistumista kotiutusvaiheessa. Näissä tilanteissa ilmenee, että esitettiin kysymyksiä, ehdotuksia sekä esiteltiin kotiuttamistiimiä. Tilanteisiin liittyi tunne itsemääräämisoikeudesta. Ikäihmisten läheiset tekivät näiden pohjalta päätöksen kotiuttamistiimin käytöstä kotiuttamisen tukena.

*”Minul se kotiutustiimi kerrottii. Kielsin sen. Soitin sinne. Tulin katumapäälle, saataisko kuitenkin kotiutustiimiä. Hoitaja sano et koitan järjestää.” (Haast6nainenplso)*

*”Kysyttiin olenko kiinnostunut. Ne ehdotti, et alkupäiviks tekis kotikäyntejä, kun en oo tehny kaikkii mitä naisten täytyy tehdä.” (Haast4miesplso)*

### *Selviytymistä heikentävät tekijät*

Puutteellisen tiedonsaannin koettiin vaikuttavan kotiutuksen suunnitteluun. Osa ikäihmisistä toi esiin, että heille ehdotettiin tai ilmoitettiin sairaalan, päivystyksen tai lääkärin toimesta kotiuttamistiimin käytöstä jatkohoitotahona. Ikäihmisen oma-aloitteinen osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun liitettiin haluun päästä kotiin tai tilanteeseen, jossa ikäihminen itse pyysi kotihoitoa itselleen. Sivuosaan jääminen kotiutuksen suunnittelussa koettiin täysin suunnittelemattomana tai tiedoksi antavana toimintatapana. Se liitettiin läheisen osallisuuteen hoidossa. Lisäksi kotiutuksen suunnittelemattomuus liitettiin hyvään omatoimisuuteen. Kotiuttamistiimi mahdollisti kuitenkin kotiutuksen. Osa miehistä koki, että tavoite oli varmistaa kotiutuminen. Ehdotukseen sisältyi lääkärin suositus kotiuttamistiimin käyttämisestä jatkohoitona.

*”Ei kukaan miettinyt miten kotona pärjätään. Sano et pääsen kottiin.” (Haast16nainen88)*

*”Otin itte sairaalassa puheeksi, et tarttis kotihoitoa.” (Haast12nainen70)*

*”Mulle sanottiin sairaalassa, et hänet kotiutetaan. Lääkäri on suositellu, et tulee kotiin. Hoitaja sano, et on sairaalatiimi joka käy ainakin pari viikkoa ja hän suosittelis sitä.” (Haast1muuläheinen)*

### **Kotiuttamistiimin hoitajien arviointi**

Hoitajat arvioivat ikäihmisten ja läheisten kokemuksia. Osallistava suunnittelu liitettiin kotona selviytymiseen. Suunnittelussa pidettiin tärkeänä ikäihmisen ja asiantuntijan tiedonsaantia, asiakkaan kuulluksi tulemistä sekä asiakkaan päätöksentekoon osallistumista. Tiedonsaannin turvaamiseksi ikäihmisille kerrottiin ja jaettiin esitteitä kotiuttamistiimin toiminnasta ja tavoitteista. Korostettiin, että asiantuntijoiden tiedonsaannin turvaamiseksi osastoille oli jaettu useaan kertaan kotiuttamistiimin toiminnan esitteitä. Myös esimiehet olivat kertoneet yhteistyötahoille toiminnasta. Haasteena pidettiin sitä, ettei osa ikäihmisistä tiennyt kotiuttamistiimistä mitään,

vaikka siirtyivät asiakkaiksi. Tuotiin esiin, että osa ikäihmisistä ei olisi halunnut tiimiä kotiin.

*”Se alkaa siitä ku mennään ja me kerrotaan mikä on kotiuttamistiimi ja mitä me tehdään. Mikä tän tarkoitus on ja kuinka kauan me siellä käydään.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Pari kertaa on käyny niin, ettei asiakas ole antanut sitä lupaa (effica -suostumus). Monille täytyy sanoa, et me ollaan vaitiolovelvollisii ihmisii, eikä me käytetä näit tietoi väärin.” (Haast2hoitajaryhmä)*

Merkittävänä pidettiin ikäihmisten tiedonpuutetta omista asioistaan tai kotiuttamistiimin toiminnasta. Huolta osoitettiin siitä, että ikäihmisillä ei ollut tietoa mitä hoitajat tekevät. Pohdittiin, oliko sillä yhteyttä, että osa toiminnasta oli näkymätöntä asiakkaan suuntaan. Tiedonpuutteen syyksi koettiin lisäksi nopeat kotiutukset sairaalasta tai ikäihmisen vaikeus ymmärtää moninaisia kotiutukseen liittyviä asioita. Kotiutuminen koettiin laajaksi käsitteeksi.

*”Ei he tiedä sitä arviointii mitä me tehdään, jokainen tekee, joka käynnillä ja sitä keskusteluu mitä me vaihdetaan jokaisesta asiakkaasta ja niit miten me tuetaan heit selviymiseen ja mitä me päätetään.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Sit on tehty mont tuntii töitä ja selvitetty mitä apuja ja tukia vois saada ja ku meet kattoo, niin ne kaikki on jo selvitetty. Mut asiakas on niiku ei olis ikänä moist kuullukaan.” (Haast2hoitajaryhmä)*

### **Kotiuttamistiimin esimiesten arviointi**

Esimiehet arvioivat ikäihmisten ja hoitajien esiin tuomia kokemuksia. Osattomuudesta kotiutuksen suunnitteluun oltiin huolissaan. Tämä liitettiin ikääntyneiden sivuosaan tai kokonaan ulkopuoliseksi jäämiseen. Tuotiin esiin, että kotiutusta ei valmisteltu, vaan kotiin palaamisesta puhuttiin siinä vaiheessa kun lähdettiin kotiin. Hoitajien koettiin kertoneen vaihtoehdoista, mutta heidän kanssa ei mietitty miten he pärjäävät kotona, toisaalta ikäihmiset eivät ehkä muistaneet puhuttua asiaa.

*”Aika semmosta suunnittelematonta kotiutusta. Sitten että näistä vastauksista käy ilmi, että kotiutuksesta on puhuttu siinä vaiheessa kun siitä on jo päätetty.” (Haast1esimies)*

*”Ollaan markkinoitu et, voi alkaa puhuu heti siin alkuvaihees ja alkaa valmistaa potilasta. Mut ei täst ainakaan tuu se ilmi mitenkään.” (Haast2esimies)*

Ikäihmisten ja kotiuttamistiimin yhteistyötahojen tiedonpuutteesta oltiin huolissaan. Tiedonpuute liitettiin epätietoisuuteen toimintavoista. Koettiin, että yksittäisillä toimijoilla oli vaikutusta mitä tietoa annettiin. Toisaalta koettiin, että mieleenpainuvaa olivat määrät, kuten luvattu hoidon pituus, mutta keskustelun yksittäiset asiat saattoivat unohtua ikäihmisiltä. Pohdittiin miten kotiutussuunnittelu ymmärretään. Pidettiin tärkeänä, että oli kotiuttamistiimin tyyppinen taho, joka otti ikäihmisiä vastaan sairaalasta.

*”Sairaala lupaa et kotiutustiimi käy sen koko kaks viikkoo, mont kertaa vuorokaudes. Sairaaloihin on sanottu, et älkää luvatko. Asiakkail tulee turhaa paha mieli. Kotiutustiimi arvioi asiakkaan tarpeen ja käyntien määrän itse.”* (Haast2esimies)

*”Aika paljon siinä matkanvarrella niitä asioita kartoitetaan jo sairaalassa oloaikana.”* (Haast4esimies)

#### 5.1.4 Odotukset kotiuttamistiimin toiminnalta

##### **Ikäihmisten kokemukset**

Kaikki ikäihmiset kertoivat kotiuttamistiimin toiminnalle asettamistaan odotuksistaan. Suurin osa heistä koki, ettei osannut odottaa muuta kuin mitä tehtiin. Selviytymisen edistämiseksi pidettiin tärkeänä toiminnan sisältöjä, hoitosuhdetta ja vuorovaikutusta. Osa toiminnan sisällöistä ei vastannut odotuksia.

##### *Selviytymistä edistävät tai heikentävät tekijät*

Toiminnan sisällöt (erityisesti naiset) liitettiin yksittäisiin hoitotoimenpiteisiin, kuten ihonhoitoon ja silmätippojen laittamiseen. Lääkehuollon, päivittäistoimien, jatkohoidon järjestämisen, neuvonnan tai tiedottamisen lisäksi naiset eivät odottaneet toiminnalta muuta. Miehillä toiminnan sisällöt liitettiin päivittäistoimien suorittamiseen, kuten pesutilanteiden tuomaan fyysiseen turvaan. Toiminnan sisällöt, jotka eivät vastanneet odotuksia, koskivat osittain samoja kuin ne, joissa odotukset olivat täyttyneet. Täyttymättömiä odotuksia olivat esimerkiksi kodinhoito, kuten siivous. Odotuksissa korostui yksittäisen toimenpiteen ja yksilöllisyyden merkitys.

*”En odottanut yhtään mitään, vaan hoitaa sen (jalan), tukottaa haavan, laittaa siiteet uudestas. En määh mitään muuta odottanu. (Haast9nainen81)*

*”Turvaa, koska pelättiin pesutilannetta.” (Haast6mies82)*

*”Ei ne mitannu verenpainetta eikä antanu jatkohoito-ohjeita verenpaineen seurantaan.” (Haast18nainen77)*

Hoitosuhde ja vuorovaikutus koettiin hyväksi. Odotuksia vastaava hoitosuhde liitettiin ajankäyttöön, kiireettömyyteen, palvelun hyötyyn sekä palvelun taloudelliseen arvoon. Hoitosuhde, joka ei vastannut odotuksia, liitettiin ajankäyttöön. Osa naisista ei tuonut esiin odotuksia. Odotuksia vastaava vuorovaikutus henkilökunnan kanssa liitettiin kohtaamiseen ja hoitajien toimeliaisuuteen. Osa miehistä liitti odotukset palvelun taloudelliseen arvoon ja henkilökunnan ammattitaitoon. Vuorovaikutus, joka ei vastannut odotuksia, liitettiin tiedonpuutteeseen ja hoitajan vaihtumiseen. Odotuksissa korostui ajankäyttö ja kohtaamisen kiireettömyys.

*”Mulle oli hyötyä. Ne oli aina semmosia ilosia ihmisiä kun kävi useamman kerran, tuli juttua. Määh sanoin et kun mä kävelen nyt näin hitaasti, yksi sano ettei ole semmosta kiirettä.” (Haast12nainen70)*

*”Palvelu oli hyvää ja maksutonta.” (Haast11nainen90)*

*”Kaksi viikkoa olis tarvinnut käydä. Kolme päivää oli vajaa, tykkäsin et tulis vielä. He katto etten tartte enää. (Haast10nainen82)*

Läheiset kokivat, että hoitosuhde ja vuorovaikutus vastasivat odotuksia. Odotukset liitettiin kohtaamiseen, ammatillisuuteen, tasavertaisuuteen, osallisuuteen ja palvelun käyttökertoihin. Kohtaamisessa korostui hoitajien ystävällinen luonne ja ammatilliseen työhön sopivuus. Tasavertaisuuden koettiin toteutuvan arvostavassa keskustelussa. Tiedonkulku kotiuttamistiimin hoitajien välillä vastasi odotuksia.

*”Ei tullu mitää papapapaa. Oli hieno keskustelu. Oli arvostava keskustelu!! (Haast5miesplso)*

*”Tuntu, et ne on oikeella alalla. Kai tämmöstä muutaman kerran saa, kun ei kovin taajaan pyydä.” (Haast4miesplso)*

### **Kotiuttamistiimin hoitajien arviointi**

Hoitajat arvioivat ikäihmisten ja läheisten kokemuksia toiminnan koskevista odotuksista. Toiminnan sisältöjen ja hoitosuhteen koettiin vastaavan ikäihmisten odotuksia.

Täyttymättömät odotukset kodinhoidon osalta liitettiin ikäihmisten kanssa samoihin asioihin, kuten kodin siivoukseen ja omahoitajan tapaamiseen. Tuotiin esiin, että vuorotyö ja tiedonpuute toiminnasta vaikuttivat odotuksiin. Ongelmana pidettiin, että nimetty omahoitaja ei tavannut omaa ikäihmistä hoitojakson aikana mahdollisesti missään vaiheessa.

*”Meil on tullu muutamii asiakkait sillai et he ei oikeesti tartte mitään, mut heil on tarjottu meitä. Sit asiakkaan mielest hän tarvii kumminkin apuu siivoukseen.”* (Haast1hoitajaryhmä)

*”On lähes mahdotonta luvata asiakkaalle sama hoitaja, mut me katotaan miten ollaan vuoros... Tottakai pyritään siihen, se vain ei oo kaikkien kohdalla mahdollist.”* (Haast2hoitajaryhmä)

### **Kotiuttamistiimin esimiesten arviointi**

Esimiehet arvioivat ikäihmisten, läheisten ja hoitajien odotuksia toiminnalta. Odotukset liitettiin onnistuneen, halutun tai hyväksytyyn palvelun kokemukseen. Onnistuneena palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi tiettyjä toimenpiteitä, kuten silmätippojen laittaminen tai haavanhoito. Haluttuna palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi turvallisuuden lisääntyminen ja päivittäistoimissa tukeminen. Hyvä kotiuttamistiimin palvelu koettiin myös vaihtoehtona muulle hoidolle. Hyväksyttynä palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi palvelun tarpeen arviointi, päätöksenteon tukeminen tai kotiuttamistiimin toiminta osana hoidon kokonaisuutta.

*”Mää pääsin sen varjolla kotiin” Et jos se on ainoa vaihtoehto, niin ikäihminen ottaa kotiuttamistiimin.”* (Haast1esimies)

*”Jonkinlaista pelko-turvatilanteita tässä on, turvaa halutaan, joku tulee kattoo. Eli ei ole konkreettista.”* (Haast1esimies)

Osa kotiuttamistiimin toiminnan sisällöistä ei vastannut ikäihmisten odotuksia. Odotukset liitettiin hyväksytyyn tai riittävän palvelun kokemukseen. Hyväksyttynä palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi onnistuneen tai halutun palvelun rinnalla yksilökohitaisen tavoitteen puuttuminen. Tämä liitettiin tilanteisiin, joissa esimerkiksi ikäihmisellä tai läheisellä oli tietämättömyyttä siitä, miksi kotiuttamistiimi antaa heille palvelua. Riittävänä palvelua pidettiin, mikäli siihen liitettiin kotiuttamistiimin toimiminen ei-toivottuna palveluvaihtoehtona tai kotiuttamistiimin toimiminen yhteistyössä muiden tahojen kanssa.

*”Sinne tulee joku ihminen, mut asiakkaalla ei ole tietoo mitä ne tekee. Kotiutus-tiimi menee asiakkaan tykö ja asiakas sanoo, ettei hän tiedä miksi te täällä ootte. Mut tiimi kertoo, ettei asiakas pääse vessaan, mut miksei asiakas tiedä sitä itse?” (Haast1esimies)*

*”Et kyllä vanha ihminen voi ikään kuin ottaa sen niin, että tämä kuuluu osana tähän sairaalahoitoon... Tietyllä tavalla se onkin sama paketti, vaikka vanha ihminen ei tiedä mitä ne tekis.” (Haast2esimies)*

Esimiehet arvioivat hoitajien kokemuksia kotiuttamistiimin toiminnasta. Odotukset liitettiin onnistuneen, halutun tai riittävän palvelun kokemukseen. Onnistuneena palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi kotiuttamistiimin toimiminen jatkohoitotahona sairaalan jälkeen. Haluttuna palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi moniammatillisuus, verkostojen käyttäminen sekä läheisen toive palvelun käyttämisestä. Osa kotiuttamistiimin toiminnasta ei vastannut odotuksia. Riittävänä palvelua pidettiin, mikäli siihen liittyi epätietoisuus toimintatavoista ja palvelun sisällöistä.

*”Koska akuuttihoito päättyy ennen kuin voimat ovat palautuneet. Kyllä tämä kotiuttamistiimi on sellainen kotiuttaja ja kuntouttaja vielä.” (Haast3esimies)*

*”Jos on pyydetty fysioterapeutti, on saatu. Loppu viimeeks aika vähän on tehty yhteistyötä.” (Haast2esimies)*

## 5.2 Kehittämisehdotukset

### **Ikäihmisten kehittämisehdotukset**

Ikäihmiset arvioivat kotiuttamistiimin merkitystä kotona selviytymiseensä ja esittivät toiminnalle melko vähän kehittämisehdotuksia. Toiminnalle annettiin paljon kiitosta, joka liitettiin erityisesti hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen hoitajien kanssa sekä apuvälineiden järjestämiseen. Näille osa-alueille ei annettu kehittämisehdotuksia. Kehittämisen kohteeksi nimettiin tiedonsaanti ja kuntouttava toiminta.

#### *Tiedonsaannin parantaminen*

Tiedonsaanti liitettiin kotona selviytymiseen. Tuotiin esiin, ettei ole riittävästi tietoa siitä, ketä hoitoa käy kotona antamassa ja miksi kotiuttamistiimi antaa heille palvelua. Toiseksi kerrottiin, ettei ole riittävästi tietoa kotiuttamistiimin toimintavoista. Pidettiin tärkeänä, että erityistarpeet huomioidaan, kun ikäihminen ei kyennyt edes

itse liikkumaan. Toivottiin, että toiminnasta laaditaan esite, jossa on esittely ja yhteystiedot. Jokaiselle työntekijälle toivottiin keskusteluaikaa ikäihmisten ja läheisten kanssa. Toivottiin, että kehitetään sanallisen palautteen antamisen mahdollisuutta sekä suositeltiin hyvää rahallista korvausta työntekijöille.

#### *Kuntoutumista edistävä toiminta*

Kuntoutumista edistävä toiminta liitettiin kotona selviytymiseen. Tuotiin esiin, että asioita ohjattiin kotona, mutta epätietoisuus apuvälineiden käytön hyödystä lisäsi hauttomuutta käyttää apuvälinettä säännöllisesti. Toiseksi kotiuttamistiimi ei tehnyt riittävästi kuntoutusta. Toivottiin kuntoutusta kaksi kertaa viikossa. Kaupassa käyminen ja ruokien valmistaminen liitettiin kuntoutumiseen ja näitä toivottiin kotiuttamistiimiltä enemmän.

*”Varmaan jotakin semmosii jokapäiväisii askareita. Joka henkilöl on erilaisii tarpeita.” (Haast4miesplso)*

*”Saa sanna, et heidän kans ol ihan kiva puhuu asioist.” (Haast1muuläheinen)*

*”Heil oli oikeen hyvä systeemi ja tota ystävällinen hoito.” (Haast2nainen91)*

#### **Kotiuttamistiimin hoitajien kehittämis ehdotukset**

Kotiuttamistiimin hoitajat arvioivat ikäihmisten esittämiä kehittämis ehdotuksia. Kehittämisen osa-alueeksi nimettiin hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä kehittämis työn johtaminen. Näihin liittyen tarkasteltiin tiedonkulkua, palveluohjausta ja moniammatillisuutta.

#### *Hoidon jatkuvuuden turvaaminen*

Tiedonkulku liitettiin hoidon jatkuvuuteen. Todettiin, että ikäihmisille kerrottiin hyvin tarjolla olevista tukiverkostoista ja jaettiin esitteitä kotiuttamistiimin toiminnasta. Tästä huolimatta ikäihmiset kokivat tiedonsaannissa puutetta. Toiseksi hoitajilla oli huoli, kun yhteistyötahoille jaettu tieto ei saavuttanut ikäihmisiä. Heillä ei ollut tietoa tukiverkostojen käyttämisestä ja yhteystietojen merkityksestä. Kehittämistä edellyttäväksi osa-alueeksi nimettiin toiminnan sisällöt, jotka liittyvät tiedontuotannon edistämiseen.



Tavoitteiden saavuttamiseksi oli vaikea kohdentaa ratkaisuehdotuksia. Toivottiin, että jo sairaalassa kerrotaan laajemmin toiminnan sisällöstä. Kotiuttamistiimin työtehtävistä laadittu kuvaus saattaisi helpottaa kertomista. Toiseksi suositeltiin, että jatkohoidossa hyödynnetään ikäihmisestä kerätty tieto. Tämä tarkoitti jo käytössä olevien hoitopalvelusuunnitelmien ja voimavarakartoitusten hyödyntämistä, jotta kotihoidon käynnit voitaisiin aloittaa ilman viivettä ja ilman uutta arviokäyntiä ikäihmisen luona. Myös läheisen mukaan ottamista pidettiin tärkeänä. Ikäihmisen omaa osallisuutta edellytettiin, jotta yksilölliset tarpeet voitiin tunnistaa.

*”Kyl se tarttis etukäteen kysyy suostumus ja varmistaa silt ihmiselt et sopiiko tulla. On hirveen ikävä men sinne.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Ensinnäki, sillai et asiakas olis itte siin suunnittelus paremmin. Otettais siihen suunnitteluun mukaan.” (Haast2hoitajaryhmä)*

*”Sit sitäki vois vähän kysyä silt asiakkaalt ja omaishoitajalt, et mimmost apuu te ajattelisitte, et sinne tarvittais. ..tiedettäis et minkälainen se tarve on, et vaik he tarvis rollatorin me voitais ottaa se mukaan.” (Haast1hoitajaryhmä)*

Valmistelevat toimenpiteet sekä ikäihmisen kotiutusvalmius liitettiin hoidon jatkuvuuteen. Todettiin, että moni ikäihminen toivoi kotiin pääsemistä, mutta ei käyttänyt kotiuttamistiimin palvelua omasta tahdostaan eikä heillä ollut tietoa toiminnasta. Kehittämistä edellyttäväksi osa-alueeksi nimettiin systemaattinen suostumuksen kysyminen ja toiminnan esittely ikäihmisille jo osastoilla omahoitajan toimesta. Tavoitteiden saavuttamiseksi suositeltiin kotiuttamistiimin käyntejä kotiuttavalla osastolla. Kotiutusvalmiutta edistettäisiin ottamalla ikäihminen ja läheiset konkreettisesti kotiutuksen suunnitteluun mukaan. Suositeltiin heidän kanssaan keskustelua siitä, miten kotona on mennyt ja mitä tukiverkostoja on ollut käytössä.

*”Se olis ehkä sille asiakkaalle miellyttävämpää, et ne olis nähny meit jo siellä osastolla.” (Haast2hoitajaryhmä)*

*”Semmonen valmistelu...et sitä pitäis puhua pikku hiljaa, jo vaikka siit sairaalaan tulo päivästä lähtien valmistel sitä iäkstä ihmist siihen ja omaisiiki siihen, ja puhuu siitäki et millai koton tämä toimii.” (Haast2hoitajaryhmä)*

Palveluohjaus liitettiin hoidon jatkuvuuteen. Todettiin, että ikäihmisille kerrottiin ja jaettiin esitteitä jatkohoitotahojen toiminnasta. Tästä huolimatta ikäihmiset lopettivat kotihoidon tai eivät ottaneet apua vastaan. Kehittämistä edellyttäväksi osa-alueeksi

nimettiin tukipalvelut, asiakkaan kohtaaminen kotiutuksen hoitopolussa sekä asiantuntijoiden palvelutietoisuus. Lisäksi pidettiin tärkeänä kehittää työn vaikuttavuuden arviointia. Tavoitteiden saavuttamiseksi suositeltiin palvelujen kotikokeilun mainostamista, kuten suihkuapua, ilman, että ikäihmisen pitäisi sitoutua palveluun pitkäaikaisesti. Toiseksi ehdotettiin, että kotiuttamistiimi tapaisi ikäihmisiä ennen sairaalasta kotiutumista.

*”Meidän tarttis varmaan osallistuu niihin (sairaala) enemmän, me ollaan tosi vähän käyty osastoilla kattoos. Meil on kyl periaattees sellaisia päiviä et me voitais käydä.” (Haast2hoitajaryhmä)*

### **Moniammatillinen yhteistyö**

Moniammatillinen yhteistyö liitettiin hoidon jatkuvuuteen. Todettiin, että moni ikäihminen toivoi kuntouttavaa toimintaa kotona, mutta sitä ei voitu toteuttaa, koska kaikilla hoitajilla ei ollut riittävästi aikaa. Moniammatillisuutta pidettiin hyvänä ja kotiuttamistiimin toimesta pyydettiin usein fysioterapeutin käyntiä. Tuotiin esiin, että myös päivittäistoimien suorittaminen on osa kuntoutumista edistävää toimintaa, jota hoitajat toteuttivat. Kotiuttavilta osastoilta toivottiin kirjallisten kuntoutusohjeiden antamista kotiin mukaan, niiden läpikäymistä ja kokeilua ennen kotiutusta. Toivottiin omahoito-ohjeiden käytön opastusta myös hoitajille.

*”Sit tuo kuntoutus...meil on yksinkertaisesti liian paljon asiakkaita, et me pystytäis toteuttamaan kuntoutust.” (Haast1hoitajaryhmä)*

*”Se (moniammatillisuus) kasvattaa ammattitaitoo, he tietää liikkumiset, säädöt, osaa heti neuvoa miten nousee vielä paremmin ja liikerajoitukset, kuten lonkat, ei meidän tarvitse lähteä etsimään, miten se nyt olikaan.” (Haast2hoitajaryhmä)*

### *Työn johtaminen*

Kehittämistyöhön osallistuminen sekä työn rytmityksen kehittäminen liitettiin työn johtamiseen. Todettiin, että osallistuminen kokouksiin, kehittämispäiviin ja osastotunneille oli tarpeellista. Osallistumiseen ei ollut aikaa ja oli pelko että perustyö ikäihmisen luona jää hoitamatta. Toisaalta asiakaskohtaista ajankäyttöä oltiin valmiita rajoittamaan, jotta kaikki apua tarvitsevat saisivat kotiutuspalvelua. Hoitajat jousivat lakisääteisistä ruokatunneista ja tähän haluttiin muutosta. Toivottiin esimerkiksi vaikean työnrytmityksen vuoksi työnohjausta.

*”Vieläkin vois tietää enemmän kaikesta mitä on olemassa ja osais tarjota. Niin et oikeesti osattais hakee niitä palveluit ja yhteistyötä.” (HaastIhoitajaryhmä)*

*”Joskus miettii et kaks viikkoo (kotiuttamistiimin tukea) on minun mielest ehdottomasti liikaa. Se pitkittyy ja pitkittyy, se homma. Viikko riittää ja tarpeiden mukaisesti.” (HaastIhoitajaryhmä)*

Työn vaikuttavuuden arviointi liitettiin kehittämistyön johtamiseen. Todettiin, että monilla oli huoli osaamisesta, työnsisällön näkyvyydestä, yksilöllisen palautteen saamisesta sekä työn vaikutuksesta hoidon jatkuvuuteen. Ilmeni, että asiakaspalaute annettiin yleensä viimeisen käynnin yhteydessä, jolloin ei aina tavattu omahoitajaa ja palaute annettiin toiselle hoitajalle. Toivottiin yhtenäistä palautekäytäntöä.

### 5.2.1 Asiakaslähtöisyys

#### **Kotiuttamistiimin esimiesten kehittämisehdotukset**

Esimiehet arvioivat ikäihmisten, läheisten ja hoitajien kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Kehittämisen osa-alueeksi nimettiin osallistamisen ympäristöt, jolloin tarkasteltiin asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta.

Asiakaslähtöisyyden kehittämistä edellyttäväksi osa-alueeksi nimettiin ikäihmisen avun ja palvelutarpeiden arviointi. Todettiin, ettei tarpeita kartoiteta riittävästi kysymällä ikäihmisen mielipidettä kotona selviytymisestä. Käytössä ei ollut yhtenäisiä toimintakykymittareita sairaalan, kotiuttamistiimin ja kotihoidon kesken eikä ikäihmisen omantilan arviointilomaketta. Jokaisella toimialueella kerättiin tietoa omille lomakkeille. Kotiutushoitosuunnitelmissa oli puutteita eikä käytössä ollut ikäihmisen osallisuutta aktivoivaa omahoitolomaketta. Voimavarakartoitukseen ei ollut käytössä yhtenäistä lomaketta.

Ehdotettiin ikäihmisten ja läheisten osallistamista omahoitoon yhä selkeämmin. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittiin yhteistyötä, joka sisältäisi yhtenäiset toimintakykymittarit. Päätösten tekeminen liitettiin sopivien lomakkeiden laatimiseen asiakaslähtöisyyden edistämiseksi ja suositeltiin sähköisen kirjaamisen lomakkeiden käyttämistä yhteenvedona, jonka voisi antaa myös ikäihmiselle. Lisäksi pidettiin tärkeänä,

että yhteistyö kotiuttamistiimin kanssa alkaisi jo kotiuttavalta osastolta. Asiakkaan rakentavan palautteen antamisen toimintatapaa pohdittiin.

*”Tuollaisen lomakkeen kehittäminen olisi opinnäytetyön aihe.” (Haast2esimies)*

*”Suunnitelma pitäisi näkyä hoitotyön yhteenvedossa.” (Haast4esimies)*

*”Toihan on ihan tosi hyvä idea. Efficassa (potilastietojärjestelmä) ei ole mitään valmista kohtaa, eikä sinne mitään lisää saa, mutta sellainen missä olisi se lähtötilanne ja hops, joka tehdään joka tapauksessa efficaan. (Haast2esimies)*

Tuotiin esiin, että käyttöön otettavan toimintakykymittarin tulisi olla kaikilla sama, yksinkertainen helppo ja vertailtava. Tästä esimerkkinä tuotiin sairaalassa käytössä oleva Barthel -mittari, joka voitaisiin tehdä uudelleen kotona. Barthel lomake annettaisiin ikäihmiselle, jolloin hän voisi miettiä sitä itsekin. Arviointi ja tulokset käydään ikäihmisen kanssa yhdessä läpi, jolloin hän voi tunnistaa toimintakykynsä muutokset.

*”Siitä vois potilaskin innostua, kun se kerran viikossa tehdään, että haluaa seurata, jos pääsee portaan ylemmäs.” (Haast4esimies)*

Toiseksi asiakaslähtöisyyden kehittämistä edellyttäväksi osa-alueeksi nimettiin hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Todettiin, että läheisyhteistyötä tehtiin ja läheisten mukana olo mahdollistettiin. Tuotiin esiin, että ikäihmisten ja läheisten haastattelujen sisällöt, läheisten tiedonsaanti sekä kuntoutumista edistävä yhteistyö olivat puutteellisia. Ehdotettiin läheisten mukaan ottamista suunnitteluun enemmän. Läheisyhteistyön aktivoituminen koettiin merkittäväksi, koska ikäihmiset kokivat läheiset tärkeinä kotona selviytymisessä. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvittiin osallistavan toimintatavan kehittämistä.

*”Se tiedon välittäminen, mun mielestä se on niiko tässä se mikä pitäis huomata, ettei omaiset ole samalla paikkakunnalla.” (Haast1esimies)*

*”Kaikkien meidän pitäis tietää semmonen perusinfo niistä (palveluohjaus) ja katsoa mitä eri hoitotukia on. Mahdollisesti voidaan infota asiakasta ja puolisoa omaishoidon tukemista varten.” (Haast1esimies)*

Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen liitettiin apuvälinearvion puutteellisuuteen. Toivottiin, että myös sairaalassa arvioitaisiin palvelun ja apuvälineen tar-

vetta ennen kotiin palaamista. Tällä koettiin, että voidaan edistää ikäihmisen apuvälineen oikea-aikaista käyttöönottoa kotona. Todettiin, että kotiuttamisen suunnittelu on tärkeä aloittaa jo kotiuttavalla osastolla. Verkostoyhteistyö oli kapeaa ja tämä liitettiin puutteelliseen hoidon jatkuvuuteen. Tavoitteiden saavuttamiseksi pidettiin tärkeänä moniammatillisuuden ja osaamisen laajentamista. Asiakaslähtöisyyden onnistumisen edellytyksenä pidettiin yhteistyön ja toiminnan tavoitteiden tutuksi tekemistä. Tätä perusteltiin sillä, että iäkkäät haluavat tietoa kotiuttamistiimistä.

*”Meidän tulis puolin ja toisin tietää toistemme työstä enemmän. Ei kotihoitoa kylä ketään suotta lopeta.” (Haast1esimies)*

*”Eihän se mikään huono asia ole et kotiuttamistiimi osallistuu jo paria päivää aikasemmin, oltais jo semmoses neuvottelussa jossa mietittäis kokonaisuutta, vai onko? (Haast1esimies)*

*”Kyllä kuuluu yhdessä hoitaa, koska muakin tämä apuvälineiden osuus yllättää.” (Haast2esimies)*

### 5.2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Esimiehet kokivat moniammatilliset työnjaot sekä koulutustarpeen epäselvinä. Työnjaosta ja yhteistyöstä sopiminen sekä koulutustarpeiden kartoittaminen koettiin kehittämistä edellyttäväksi osa-alueiksi. Pidettiin tärkeänä, että kehittäminen kohdistuu työyhteisötoiminnan suunnitelmalliseen kehittämiseen, joka on edellytys tasalaatuisen palvelun tuottamisessa. Tuotiin esiin, että aiemmin oli kokeiltu tiimi- ja kehittämispalaverimallia, mutta silloin ei noussut esille kehittämistarpeita. Tätä perusteltiin sillä, ettei palaverissa ollut kehittämistarpeita esille tuoneita hoitajia. Kantaa ei otettu hoitajien esiin tuomien osaamisen työkalujen, työtehtävien tai hoitoprosessien kuvaamisen merkitykseen tavoitteiden saavuttamiseksi. Pidettiin tärkeänä, että kehittämistä tapahtuu kaiken aikaa. Tavoitteiden saavuttamiseksi ehdotettiin moniammatillista täsmäkoulutusta hoitajille sekä palautteiden ja palautekäytännön menetelmien laatimista ja hyödyntämistä. Pilotin aikana tapahtuneen toiminnan kehittämiseen oli tiin tyytyväisiä.

*”Sellainen tarpeesta lähtevä koulutus, silloin sä otat sen eritavalla vastaan, tosiaan tarpeeseen pitää pystyä vastaamaan.” (Haast1esimies)*

*”Voidaan tehdä seuraavaksi vuodeksi koulutussuunnitelmia.” (Haast2esimerkki)*

*”Kaikki keskustelu mitä käydään tiimipalavereissa tai pöydän vieressä se on kaikki sitä kehittämistä.” (Haast2esimies)*

*”Kun me saatais vielä ajettua sellainen malli, jossa fysioterapeutti tuo ideoita ja ajatuksia ja tuo sitä kuntouttavaa työtettä.” (Haast3esimies)*

Hoitajien työhön sitoutuminen ja työmotivaatio oli ollut hyvää ja tätä pidettiin tärkeänä. Tämä liitettiin työn merkityksellisyyden sekä kehittämistarpeiden tunnistamiseen. Työhyvinvointi koettiin vaihtelevaksi. Tämä liitettiin työympäristön ja toiminnan sisältöjen tuleviin muutoksiin. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että kehittäminen kohdistuu palautteen käsittelymenetelmiin sekä kehittämistaitoihin. Näiden koettiin vaikuttavan ikäihmisten ja läheisten kotona selviytymiseen.

*”Se on nyt hoitajien huolen taustalla, että toiminta tulee jossakin määrin muuttamaan.” (Haast1esimies)*

*”Kun ollaan yhteisessä tilassa, on mahdollisuus tehdä yhteistyötä sairaalapalveluiden eri yksiköiden kanssa.” (Haast2esimies)*

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön tulee perustua eettisyyteen, tulosten luotettavuuteen ja hyödynnettävyyteen. Tavoitteiden saavuttamisen edellytys on hyvä tieteellinen käytäntö ja ihmistieteisiin kuuluva laadullinen kehittämistapa. (ETENE 2011, TENK 2018). Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kuuluvat jokaiseen vaiheeseen. Tämä koskee osallistujien valintaa, aineiston hankintaa, tulosten tallentamista, arviointia ja esittämistä. Kehittämisessä sovelletaan eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, arviointi- ja kehittämismenetelmiä. Muiden tutkijoiden töihin ja saavutuksiin viitataan asianmukaisesti ja kunnioittavasti. (Kuula 2015, 34, 59.) Tämä kehittämistyö on koskenut Porin perusturvan kotiuttamistiimiä ja sen palveluja käyttäviä ikäihmisiä. Kehittämisen lähtökohtana on ollut ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen sekä eettisesti oikeat kehittämismenetelmät. Kehittämistyön tutkimuslupa on hyväksytty Porin perusturvan van-

huspalveluissa ja yhteistyösopimus on tehty Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa huhtikuussa 2016.

Kehittämistyö on toteutettu asiakaslähtöisen Bikva-arviointimallin avulla, jossa pää tavoite on palvelunkäyttäjän kokemuksiin perustuva kehittäminen. Ikäihmisten tulkintoja on pidetty yhtä pätevinä kuin kotiuttamistiimin hoitajien ja esimiesten näkemyksiä. Arviointimenetelmälle on keskeistä, että ikäihmisten palvelukokemuksia kuullaan ja niihin uskotaan. Niiden perusteella on tehty yhteenveto, joka on esitetty hoitajille ja esimiehille. Arviointi etenee kolmessa vaiheessa ja siinä on korostettu avoimuutta kyseenalaistaa olemassa olevia toimintatapoja. Tavoitteena on ollut toiminnan kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi. Tämä on itsessään jo eettisesti arvokasta. (Krogstrup 2004, 10; Högnabba 2008a, 43, 46.)

Ihmistieteissä sosiaalisuutta korostetaan ja laadullinen tutkimusote sisältää osallistamisen elementtejä (Kananen 2012, 16, 28, 50). Ikäihmisen kohtaaminen alkaa osallistamisesta, jonka tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon. Osallistuvat tekevät päätöksiä osallistumisesta jo saatekirjeen perusteella (Vilka 2015, 190). Tässä kehittämistyössä saatekirjeeseen ja haastattelun suostumukseen on liitetty tietoa kehittämistyön sisällöstä, tarkoituksesta sekä kutsun osallistua kehittämistyöhön, jotta ikäihminen tietää mihin tarkoitukseen hän tietoa antaa (Tuomi ym. 2013, 73). Hyvä pidetään, että haastatteluun suostumus on pyydetty kirjallisena, vaikka tässä kehittämistyössä ei puututtu ikäihmisten fyysiseen koskemattomuuteen. Saatekirjeen ulkoasu on pelkistetty ja se on laadittu mahdollisimman selkeällä kielellä sekä isolla kirjasinokolla, joilla on huomioitu ikäihmisillä ilmenevä ikänäkö. Suostumuksen antaneiden määrästä voidaan päätellä, että saatekirjeen tieto on ollut riittävän ymmärrettävää ja uskottavaa. Hoitajat ovat jakaneet saate- ja suostumuskirjeet, jolla on voinut olla vaikutusta siihen, että ikäihminen on kokenut osallistumisen tärkeänä.

Haastateltavien määrää ei ole kehittämistyössä rajoitettu ja vain yksi ikäihminen on perunut haastattelusuostumuksen tapaamista edeltävän puhelinkontaktin yhteydessä. Ikäihmisille, hoitajille ja esimiehille on kerrottu haastattelun ja tulosten käytön tarkoitus, haastattelun eteneminen sekä nauhoitetun aineiston käsittely. Heille on kerrottu oikeus keskeyttää haastattelu itselle sopivana hetkenä ja mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun yhteydessä ei ole ilmennyt vaivautuneisuutta, pelokkuutta,

fyysistä tai henkistä väsymystä eikä kehittämistehtävistä kieltäytymistä, jotka ovat yksilöllisiä perusteita sille, että haastateltavien kanssa aineistonkeruu olisi voitu keskeyttää. Kehittämistyön tekijä on sopinut aineistonkeruun niin, ettei haastattelusta koitunut häiriötä kotona olevan ikäihmisen tai läheisen päivittäiseen toimintaan eikä hoitajien ja esimiesten työtehtävien suorittamiseen. Ikivihreät projektissa (2004) on todettu, että 91 % yli 75-vuotiaista kykeni liikkumisvaikeuksista huolimatta osallistumaan tutkimukseen, koska se suoritettiin kotona. Osallistumisen vapaus, tiedonanto ja keskeytymismahdollisuus ovat tukeneet haastateltavien itsemääräämisoikeutta tässä kehittämistyössä. (Kuula 2015, 147; TENK 2018.)

Kehittämismenetelmällä on pyritty huomioimaan arviointiin osallistuvien yksityisyyden suoja ja tietosuoja (ETENE 2011, 200). Yksityisyyden tarve voi ilmetä Bikva-arviointitutkimuksessa varauksellisuutena (Krostrup 2004). Sekä ikäihmiset että hoitajat voivat kokea ilmiöiden esille nostamisen ja tarkastelun liian henkilökohtaiseksi. Kehittämistyössä ei ilmennyt varauksellisuutta, vaikka kehittämisehdotuksia oli vaikea nimetä. Ikäihmiset on haastateltu yksitellen, mutta hoitajat ja esimiehet kahdessa ryhmässä. Yksilöhaastattelujen toteuttaminen on tukenut arkojen näkökulmien esittämistä sekä ikäihmisten fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Hoitajien ja esimiesten ryhmähaastattelua on tukenut Högnabban ajatus (2008a, 56), jonka mukaan Bikva-mallin käyttö edistää työyhteisöjen arvokeskustelua. Dialogisuus haastattelumenetelmänä on voinut edistää arvioivaa ja tutkivaa oppimista työyhteisössä. Ryhmähaastatteluissa ei ilmennyt varauksellisuutta, mikä on osoitus luottamuksesta sekä rohkeasta ja ennakkoluuttomasta suhtautumisesta kaikkien haastatteluihin osallistuneiden kesken.

Kyselylomakkeella vastaamisen sijaan on käytetty haastatteluja ja niiden nauhoittamista. Metodi huomioi tiedonantajina korkeassa iässä olevat ihmiset, joilla ilmenee näön heikkenemistä ja kahdella iäkkäällä kolmesta kuulon alenemaa. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010, 205; Sorri & Huttunen 2013, 187). Tämä on huomioitu käyttämällä kuulon kommunikaattoria haastattelun aikana. Joka kolmannella yli 85-vuotiaalla ja 10 %:lla 75-84-vuotiaista on todettu kognitiivisen tason muutoksia, joka tukee kehittämistyön kvalitatiivista ja kokemuksellista lähestymistapaa. Myös läheisten osallistuminen kehittämistyön haastatteluihin on mahdollistunut.



Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset on tuhottu heti niiden litteroinnin jälkeen, mutta aineistosta ei ilmene ovatko haastateltavat saaneet riittävästi tietoa aineiston säilyttämisestä. Kehittämistyön tekijä on säilyttänyt aineistoa vain tarvittavan ajan ja tunnistetiedot on poistettu. Aineisto on koodattu raportissa esitettävien alkuperäisten lainauksien mukaisesti. Litteroitu aineisto on hävitetty raportin tarkastamisen jälkeen. Haastatteluaineiston säilyttämisestä olisi voitu kertoa osallistujille tarkemmin (TENK 2018).

Ihminen on sitä alttiimpi muiden vaikutuksille ja valinnoille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä päivittäisten asioiden ja itsensä hoitamisen suhteen on heikentynyt ja mitä haavoittuvaisempi hän on (ETENE 2008, 3, 17; Kuula 2015, 147; Pohjolainen ym. 2009, 22; Sarvimäki ym. 2010, 23). Asiakaslähtöisen Bikva-arviointimenetelmän eettinen käyttö aineiston keräämisessä ja työstämisessä on onnistunut hyvin. Gerontologiseen kehittämistyöhön soveltuvalla Bikva-menetelmällä tuodaan esiin arkaluonteisia asioita, mutta harvoin ihmistieteisiin kuuluvalla menetelmällä aiheutetaan vahinkoa ikäihmisille (Kuula 2015, 62). Vanhuuden haavoittuvuus kehon, mielen ja ihmissuhteiden tasolla on edellyttänyt kuitenkin toimimaan siten, että ikäihminen ja läheinen huomioidaan edellä kuvatuista lähtökohdista kehittämistyön eri vaiheissa. Kaikkia haastateltavia on kohdeltu arvostavasti ja kunnioittaen kaikissa kehittämistehtävän vaiheissa, myös raportoinnissa.

Kehittämistyön tarkoitus on ollut tuottaa mahdollisimman luotettavaa ja hyödynnettävää tietoa kotiuttamistiimin merkityksestä ikäihmisten kotona selviytymiseen sairaalahoidon jälkeen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi on monia erilaisia suosituksia. Luotettavuuden arviointi yleisten luotettavuuskriteerien avulla kohdistuu arviointitutkimuksessa arvioinnin uskottavuuteen, vakuuttavuuteen, hyödynnettävyyteen ja vaikuttavuuteen. Pätevästi ja luotettavasti tuotettu tieto voi johtaa tulosten kuvaamiseen yleisesti, joka tarkoittaisi kotiuttamistiimin merkityksen yleistämistä koskemaan muidenkin kotiuttamistiimin asiakkaina olevien ikäihmisten kotona selviytymistä. (Anttila 2007, 147; Vilka 2015, 196.)

Merkittävin kehittämistyöhön osallistumista ja arvioinnin uskottavuutta lisäävä tekijä on luottamuksellinen suhde haastattelutilanteeseen. Tämän edistämiseksi kehittämistyön tekijä on tutustunut edeltävästi aikaisempien tutkimuksien tuloksiin ja kehittä-

mismenetelmiin sekä tutkimuskohteeseen kaikin tavoin. Tekijällä on pitkältä ajalta hyvä kokemus ikäihmisten kohtaamisesta ja hoitajien kanssa tehtävästä arviointityöstä. Hän ei ole toiminut samassa organisaatiossa kuin haastateltavat. Tämän voidaan katsoa edistävän puolueetonta kehittämistulosten tarkastelua ja tulosten esiintuomista haastatteluissa käsitellyistä asioista. (Heikkinen 2013b, 20.)

Uskottavuus merkitsee, että uskotaan esitettyihin tulkintoihin. Aineiston keruun ja tulosten raportoinnin tulee olla huolellista, läpinäkyvää ja johdonmukaista. (Anttila 2007, 147; Ronkainen, Pehkonen, Lindholm-Yläne & Paavilainen 2011, 132.) Tässä kehittämistyössä aineisto on kerätty haastattelemalla ikäihmiset, läheiset, hoitajat ja esimiehet eri vaiheissa. Tiedonkeruulla ei ole haluttu rajata ikäihmisten ajatuksia ja kokemuksia tiettyjen toimintakäytäntöjen tai toimenpiteiden ympärille ja tämä on puoltanut muun kuin kyselytutkimuksen tekemistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009) Vaiheiden välissä on toteutettu sisällönanalyysi. Mistä seuraa, että ikäihmisten esittämät kokemukset ja arvioinnit toimivat hoitajien ja esimiesten arviointien lähtökohdana. Toisin kuin määrällisessä mittaamisessa, laadullinen analyysi on mahdollistanut ikäihmisten kokemusten ja toiminnalle annettujen merkitysten esittämisen samoja sanoja ja autenttisia ilmaisuja käyttämällä. Tämä lisää kehittämistyön läpinäkyvyyttä, joka liittyy myös kehittämistyön tekemisen etiikkaan.

Analyysin tekijä on tehnyt luotettavuuden arviointia koko kehittämistyön ajan. Rehellisyydellä ja valinnoilla on pyritty edistämään uskottavuutta. Litteroitujen tekstien lukeminen useaan kertaan on ollut merkittävä osa analyysia ja on auttanut aineiston kriittistä tarkastelua, jolla on pyritty varmistamaan vastaavatko analyysin tekijän käsitykset ja tulkinta haastateltavien käsityksiä. Tämä lisää tulkintojen oikeellisuutta. Analyysista on esitetty esimerkit raportin liitteessä. Ryhmittelyllä on voitu selkeyttää ja etsiä yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia haastateltavien esille tuomista näkemyksistä ja arvioinneista. Aineiston suuri koko on haastanut tekijää. Pitkäaikainen luokittelu on pitänyt yllä johdonmukaisuutta, mutta toisaalta se on edellyttänyt tarkkuutta samanlaisen luokittelutavan ylläpitämisessä. Aineiston on luokitellut yksi tekijä. Kategorioiden muodostaminen on ollut jatkuvaa vuoropuhelua aineiston kanssa. Analyysiprosessi on pyritty kuvaamaan raportissa ymmärrettävällä tavalla. Tästä voi päätellä, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Tekijä on eettisesti vastuussa siitä, että

aineisto ja kategorioiden käsitteet vastaavat toisiaan. (Kyngäs ym. 2011, 147; Vilkka 2015, 197)

Bikva-arviointiprosessin hyödyksi voidaan katsoa, että ikääntyneiden kokemukset on viety suoraan hoitajille ja esimiehille. Alkuperäisiä kokemuksia on pelkistetty ennen hoitajille esittämistä mahdollisimman vähän, jotta aineisto säilyttäisi luotettavan ominaisuutensa. Jo pelkästään aineiston ryhmittely ja alakategorioiden luominen ovat nostaneet luotettavuutta. Tätä olisi lisännyt aineiston pelkistämisen ja alakategorioiden laatimisen jälkeen aineiston palauttaminen ikääntyneille. Tätä ei toteutettu, koska tämä olisi edellyttänyt jokaisen ikäihmisen ja läheisen tapaamista uudelleen. Raportin suorien lainauksien tarkoitus on osoittaa mistä alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu ja tämä on keskeinen raportin luotettavuutta lisäävä tekijä.

Kehittämistyön tekijä, aineiston käsittelijä, on päättänyt tulkintaansa apuna käyttäen mitä kategorioita hän yhdistää. Ajoittain kategorioiden nimeäminen oli haasteellista. Apuna käytettiin jo aiemmin gerontologiasta tuttuja käsitteitä ja sanapareja. Luotettavuutta lisää myös se, että aineistosta analysoitiin ilmisältö, eikä piilossa olevia viestejä, joihin tekijä olisi voinut lisätä enemmän omaa tulkintaansa. Liian monen eriasian ryhmittely samaan kategoriaan heikentää luotettavuutta, joten tätä pyrittiin välttämään. Toisaalta liian moni kategoria kuvaa abstrahoinnin keskeneräisyyttä. (Kyngäs ym. 1999, 10.)

Dokumentoimalla miten tekijä on päätenyt luokittelemaan ja kuvaamaan haastateltavien kokemuksia lisää luotettavuutta. Toinen tutkija voi päätyä analyysin ja tulosten kuvauksesta huolimatta erilaiseen tulokseen. Tätä ei pidetä menetelmän heikkoutena. Laadullinen tutkimus on aina ainutkertainen haastateltavien omakohtaisen kokemuksen vuoksi. (Vilkka 2015, 197). Tässä kehittämistyössä on esitetty kategoriointi ja tulkinnan tapa, mutta sen riittävyttä kehittämistyön toistettavuuteen ei voida vakuuttaa.

Kehittämistyön uskottavuuden ja vahvistuvuuden kannalta on merkittävää, että arvioinnissa tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavia ilmiöitä tarkastelleista tutkimuksista (Vilkka 2015, 197). Tässä kehittämistyössä on tulosten tarkastelussa verrattu kotiuttamisinterventioiden merkitystä ikäihmisten kotona selviytymiseen ulkomaa-

laisten ja suomalaisten julkaisujen kautta. Erityisen poikkeavia tuloksia ei saatu. Toisaalta ei voida esittää täysin vastaavia tuloksia samanlaisesta toimintaympäristöstä, kuin kotiuttamistiimi on, koska niitä ei ole löydetty.

Porin kotiuttamistiimin pilotin aikaisten kaikkien asiakkaiden kokemuksia ei ollut tarkoituksenmukaista selvittää laadullisessa kehittämistyössä (Vilka 2015, 13, 17). Aineiston keräämisessä ei käytetty kylläntymisen pistettä, vaan kaikki suostumuksen antaneet ikäihmiset (n=18) haastateltiin. Van Seben ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että 18 haastattelun jälkeen ei ilmennyt enää uutta aineistoa.

Kehittämisen prosessin ja Bikva-arviointimenetelmän avulla on ollut mahdollista kehittää ikäihmisten esittämiä kehittämissuhteita, mikä on edellyttänyt arviointien ja tulkintojen peilaamista koko prosessin ajan kehittämistehtäviin. Menetelmävalinnalla on suuri merkitys, koska sen myötä tuotetaan erilainen kuva kehittämiskohteesta. (Vilka 2015, 14). Hyvillä menetelmävalinnoilla voidaan lisätä kehittämisen luotettavuutta. Kvalitatiivisella eli laadullisella kehittämisen otteella on pyritty osoittamaan miten tai miksi selviytyminen mahdollistui kotiutustiimin vaikutuksesta. Laadullinen Bikva-arviointimalli on antanut mahdollisuuden ymmärtää, kuvailla ja arvioida kokonaisvaltaisesti vaikutuksia sekä kehitettävää toimintaa (Kananen 2012, 66; Tuomi ym. 2013, 28, 58).

Julkisten palvelujen arviointi on olennaista niiden kehittämisessä (Lehmuskoski ym. 2012, 34). Jotta palveluilla saavutetaan tavoitteiden mukainen hyöty ja vaikutus käyttäjän elämässä, on palvelun käyttäjän kokemus vaikutuksesta olennainen tieto. Tässä kehittämistyössä Bikva-arviointimallin hyväksi ominaisuudeksi voidaan lukea, että tulokset on voitu esittää kaikissa vaiheissa haastateltaville. Tästä seuraa, että myönteinen ja kielteinen kokemus perustuvat asiakkaan, hoitajien sekä esimiesten konkreettisiin toiminnan muutosehdotuksiin. Vaikka muutoksia ei ole tehty käytännön työssä, kehittyminen on saanut vahvan asiakaslähtöisen perustan. Se, ettei yhteenveiktoa viety poliittisille päättäjille saakka, ei tarkoita sitä, etteikö Bikva-arviointiprosessia ole toteutettu hyvin. (Reijonen 2011, 104; Krogstrup 2004, 22; Högnabba 2008a, 13, 40.)

## 6.2 Tulosten tarkastelua

Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida ja kehittää Porin kotiuttamistiimin toimintaa, jonka tehtävänä on edistää ikäihmisen ja läheisen kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Kehittämistyö keskittyi arvioimaan ikäihmisen kotona selviytymistä ennen sairaalahoitoa ja sen jälkeen ikäihmisten, läheisten ja hoitajien kokemuksiin perustuen. Toiseksi kehittämistyö keskittyi arvioimaan kotiuttamistiimin merkitystä ikäihmisen kotona selviytymisessä. Edellisten pohjalta kotiuttamistiimin toiminnalle on tuotettu kehittämissuhteita.

Kehittämistyön tulokset osoittavat, että ikäihmiset luottavat omaan kykyihinsä ja läheisiinsä kotona selviytymisessä ennen sairaalahoitoa. Apuvälineet ja monimuotoinen tukiverkosto, erityisesti läheiset, edistävät päivittäisten asioiden hoitamista, asioihin osallistumista ja päivittäisten asioiden yhdessä tekemistä. Vaikeuksia ei koeta, kun asioista puhutaan ja niitä hoidetaan yhdessä. Riippumattomuus muiden avusta ja itsemääräämisoikeus koetaan tärkeinä. Ikonen ym. (2013) on todennut, että ikäihminen voi kokea kotiympäristön mahdollisuutena toteuttaa itsemääräämistä ja koti voi tukea selviytymistä.

Tässä kehittämistyössä ikäihmiset ovat kokeneet kotona selviytymisen muutoksia sairaalasta kotiin palatessa ja vastaavia tuloksia on saatu Kehusmaan ym. (2018) selvityksessä. Nordin ym. (2015) tutkimuksessa aivohalvauksen sairastaneet kokivat kodin tuntemattomana paikkana, joka herätti epävarmuutta. Myös tässä kehittämistyössä sairaalahoidon jälkeen osalla ikäihmisistä luottamus omaan kykyihinsä on ollut epävarmempaa kuin ennen sairaalahoitoa ja osa heistä on tunnistanut avun tarpeensa. Vastaavia tuloksia tunnistettiin myös van Sebenin ym. (2018) tutkimuksessa, jossa epävarmuuden tunne liitettiin kaatumispelkoon, väsymykseen sekä lisääntyneeseen avun tarpeeseen kotiin palatessa. Tämän kehittämistyön ikäihmiset ovat tarvinneet apua peseytymisessä, asuinympäristön ja asioiden hoidossa sekä lääkehuollossa enemmän kuin ennen sairaalahoitoa.

Kotona selviytyminen on koettu huonoksi, kun siihen liittyy vaihteleva tuen saaminen. Näyttää siltä, että läheisten kaukana asuminen, töissä käyminen tai kiire vaikeuttaa kanssakäymistä tai avun antamista ikäihmiselle. Ikäihmiset kokevat sen rajallise-

na tukemisena ja jopa tuen tarpeen ohittamisena. Myös Greysenin ym. (2014) tutkimuksessa ikäihmiset ilmoittivat sosiaalisen tuen puutteesta ja he kokivat tukiverkoston supistumista kotiutuksen vaiheessa. Tukea toivottiin asioiden hoitamiseen ja emotionaalisen tuen tarpeeseen.

Toisaalta Hvalvikin ja Reiersenin (2015) tulosten mukaan läheiset mukauttavat päivänsä kotiin palaavan ikäihmisen tarpeiden mukaisesti. He halusivat olla mukana myös kotiutusprosessissa. Tässä kehittämistyössä läheisten tuen merkitys on korostunut sairaalasta kotiin palatessa ja puolison terveys on ollut edellytys kotona selviytymiselle. Puolison terveydessä tapahtuneen muutoksen on koettu vaikuttavan muun tukiverkoston tarpeeseen. Tämä on yhteneväistä Hammarin (2008) tulosten kanssa, jossa läheisiltä saatu apu vähensi kotihoidon tarvetta ja sairaalaan uudelleen hakeutumista.

Kehittämistyön tulokset osoittavat, että hoitajat pitävät asiakaslähtöisyyttä lähtökohdana ikäihmisen kotona selviytymistä edistävässä toiminnassa. Tässä yhteydessä koettiin, että kotihoidon tarpeesta huolimatta ikäihminen ei käytä kotihoitoa. Hammarin (2008) tutkimuksessa todettiin, että ikäihmisen ja asiantuntijan arviot avun tarpeeseen johtavista tekijöistä eroavat. Hammarin (2008) ja Andreasenin ym. (2015) tuloksissa raskaat kotitaloustyöt, kuten siivous, johtivat avun tarpeeseen, mutta kotihoito ei voinut täyttää toiveita. Tulos on yhtenevä kotiuttamistiimin toimintatapojen kanssa.

Kehittämistyössä esimiehet ovat olleet ikäihmisten kanssa samaa mieltä siitä, että tukiverkosto ja läheiset sekä luottamus heihin ovat hyvin tärkeitä tekijöitä kotona selviytymisessä. Tukiverkosto edistää asiakaslähtöisen avun antamista ja hoidon jatkuvuuden turvaamista. Kaikkien osapuolten kuuleminen on tärkeää arvioitaessa avun tarvetta, koska on huomattu, että osalla ikäihmisistä on muutoksia toimintakyvyn itsearvioinnissa. Myös Nordinin ym. (2015) tulosten mukaan aivohalvauksen sairastaneilla oli ristiriitaisia käsityksiä ja odotuksia kyvystään toimia kotona. Tämä voi johtaa avun tarpeen vähättelemiseen. Huolta tuottaa, etteivät ikäihmiset ota riittävästi vastaan kotihoitoa. Toisaalta Andreasenin ym. (2015) tutkimuksessa ikäihmiset kokivat, ettei sairaalahoidon jälkeiset kotikäynnit vastanneet heidän tarpeitaan.

Tässä kehittämistyössä tarpeiden selvittämisessä on pidetty tärkeänä läheisten haastattelua ja osallistamista ikäihmisten lisäksi. Allenin ym. (2014) tulosten mukaan läheiset osallistuivat harvoin hoidon ja kotiutuksen suunnitteluun, jolloin myös tiedon siirto oli puutteellista. Lisäksi Ahosen (2016) selvityksessä kotiuttamistiimin toiminta jäi läheiselle etäiseksi, jolloin yhteydenpito oli jatkossa vaikeaa ja toiminnan hyöty koettiin vähäiseksi. Kuusiston ym. (2014) tulosten mukaan hoitotyön yhteenvedon merkitys korostuu joustavan tiedonkulun ja kokonaistilanteen huomioinnissa. Tämä tukee tämän kehittämistyön tulosta, jonka mukaan yhteenvedon tulisi olla valmis heti sairaalasta kotiutusvaiheessa.

Kehittämistyön tulokset osoittavat, että suurin osa ikäihmisistä kokee kotiuttamistiimin edistävän kotona selviytymistä. Merkittävää on, että kotiin palaaminen mahdollistuu kotiuttamistiimin tuella ja tämä tukee ikäihmisten toivetta elää oman tahdon mukaisesti kotona. Valkilan ym. (2010) tutkimuksessa ikäihmiset kokivat palvelun haluttuna, mikäli he saivat itse vaikuttaa sen laajuuteen ja palvelusuhteen jatkuvuuteen. Kotiuttamistiimin hoidon laatu on koettu hyväksi ja hoitosuhde hyödylliseksi myös läheisten mielestä. Vastaavia tuloksia on saatu Allenin ym. (2014) kotiin siirtymistä tukevien tiimien selvityksessä. Lisäksi toiminta on haluttua, kun se lisää turvallisuuden tunnetta kotiin palaamisen vaiheessa ja tämä vastaa Tuli ja Selin-Hannolan (2009) kotiuttamistiimin kehittämisraportin tuloksia. Tässä kehittämistyössä hoitajien kotikäynnit ja yhteydenpito ovat lisänneet henkistä hyvinvointia ja hoitajia on odotettu käynneille uudelleen. Tämä vastaa Ahosen (2016) kotiutustiimin toiminnan tuloksia, jossa hoitajat kokivat ikäihmisten hyvinvoinnin lisääntyvän, kun asioista keskusteltiin yhdessä.

Osa ikäihmisistä on kokenut kotiuttamistiimin huolenpidon osittain liiallisena varmistamisena ja toiset valvotun lääkehuollon tarpeettomana, kun taas läheiset ovat pitäneet lääkehuollon ohjausta ja kannustamista tärkeänä kotona selviytymisessä. Mesteig ym. (2010) on todennut, että valvottu lääkehuolto on usein tarpeellinen kotiin palatessa, koska sairaanhoitajan kotikäynnit paljastivat virheitä lääkkeiden ottamisessa heti ensimmäisen vuorokauden aikana. Myös osa tämän kehittämistyön ikäihmisistä kertoi lääkehuollon vaikeudesta. Neitermanin ym. (2015) tulosten mukaan sairaanhoitaja voi edistää kotiin palatessa ikäihmisen lääkkeiden hallintaa.

Tulosten perusteella kotiuttamistiimin toiminta koetaan monipuoliseksi. Työ on tehostettua ja määräaikaista toimintaa, usein noin kahden viikon ajan. Ahosen (2016) ja Huhtasen (2018) selvityksiin verrattuna toiminta toteutuu lyhyemmässä ajassa kuin muissa kotiuttamistiimeissä. Muuten toiminta sisältää samanlaisia kotisairaanhoidon ja hoivahoidon toimenpiteitä. Uutena tietona saadaan, että ikäihmiset toivovat kuntouttavaa toimintaa enemmän. Somersaaren (2013) tuloksen perusteella koekotiutuksilla ja kotiympäristön valmistelulla voidaan edistää kotona tapahtuvaa kuntouttavaa toimintaa heti sairaalasta kotiin palatessa. Toisaalta Ahosen (2016) kotiuttamistiimin kehittämistyön tuloksena päädyttiin liikkumissopimuksen käyttämiseen arki-kuntoutumisen edistämiseksi.

Kotiuttamisen onnistumisessa keskeistä ovat olleet päivittäistoimissa avustaminen, hoitotoimenpiteiden suorittaminen, apuvälineiden järjestäminen ja kotona tapahtuva apuvälinesovitus. Haastatteleamalla ikäihmisiä hoitajat ovat halunneet selvittää heidän voimavarojaan ja halua osallistua omaan hoitoon, jonka perusteella on annettu itsehoiton ohjausta ikäihmiselle ja läheiselle. Kartoitukseen kuuluu tarvittaessa ikäihmisen tarkempi arjen toimintojen selvittäminen. Tämän todentamista kotona pidetään oikea-aikaisena toimintatapana. Nämä osoittavat, että itsemääräämisoikeutta edistetään kotiuttamistiimin toiminnalla. Allen ym. (2014), Hammar (2008) ja Koski (2017) liittävät kotiuttamistiimin kuvaamat toiminnot laadukkaaseen kotiutusprosessiin. Tulosten perusteella läheiset eivät olleet kuitenkaan aina suunnitelmallisesti mukana, vaikka myös se kuuluu laadukkaaseen kotiutusprosessiin.

Tulosten perusteella jatkohoidon turvaaminen sisältää palvelu- ja asiakasohjausta sekä kotihoidon ja tukipalvelujen käynnistämistä. Lyhytkestoinen kotiutustiimin toiminta tarkoittaa, että palvelujen järjestäminen tapahtuu nopeassa tahdissa. Hoitajat ovat kokeneet palveluohjauksen vaikeaksi, koska ikäihmiset tarvitsevat siihen aikaa ja he eivät ole halunneet maksullisia palveluja. Tällöin on jätetty palvelua antavien tahojen yhteystiedot kotiin. Heikkinen ym. (2003) ja Vaarama ym. (2014) ovat todenneet, että huoli taloudellisista kuluista lisää ikäihmisen kokemaa turvallisuuden tunnetta. Tästä voidaan päätellä, että osa kotiuttamistiimin tuottamasta turvallisuuden tunteesta liittyy asiakkaalle maksuttomaan kotiuttamistiimin palveluun eikä ainoastaan palveluohjaukseen.



Esimiehet ovat kokeneet palvelun onnistuneeksi ja kotona selviytymistä edistäväksi, kun toiminnalla mahdollistetaan huolenpito, lisätään turvallisuuden tunnetta, parannetaan toimintakykyä ja turvataan jatkohoito. Zisbergin ym. (2015) ja van Sebenin ym. (2018) tulokset tukevat sitä, että huolenpidolla ja välittämisen osoittamisella on merkitystä ympärivuorokautisesti sairaalahoidon jälkeen. Heidän tutkimuksissaan ikäihmiset näyttivät odottavan kotona passiivisesti toipumista. Osalla toimintakykyyn ja päivittäistoimintojen suorittamiseen tuli alenemaa vielä kotiin palatessa. Tässä kehittämistyössä ikäihmisten on ollut mahdollista soittaa, ja he ovat soittaneetkin, öiseen aikaan kotiuttamistiimin yöpartiolle, mistä voidaan päätellä etteivät he hakeudu suoraan päivystykseen. Tämä merkitsee, että kotiuttamistiimin toiminnalla on vaikutusta turvallisuuden tunteeseen.

Kotiuttamistiimi saa ikäihmisiltä ja heidän läheisiltään kiitosta asiakasystävällisyydestä. Toiminta vastaa yleisesti heidän odotuksiaan. Odotukset toiminnalta liitetään kohtaamiseen, ammatillisuuteen, tasavertaisuuteen sekä palvelun käyttökertoihin. Asiakasystävällisyys on liitetty kotiuttamistiimin toimintamalliin ja toimintakulttuuriin. Vuorovaikutus on ollut hoitajien kanssa sujuvaa ja ystävällistä ja heidät on koettu ammatilliseen työhön sopiviksi. Tasavertaisuus on toteutunut arvostavassa keskustelussa. Ikäihmiset ovat kokeneet kotiuttamistiimin hoitajien välisen tiedonkulun hyväksi. Nämä kertovat kotiuttamistiimin eettisesti hyvästä toimintakulttuurista.

Tässä kehittämistyössä lähes kaikki ikäihmiset ovat kokeneet, etteivät he osallistuneet kotiutuksen suunnitteluun eikä tiedonsaanti ollut riittävää sairaalasta kotiutuksessa. Vastaavia tuloksia saatiin Allenin ym. (2014) tekemässä 12 satunnaistetun tutkimuksen arvioinnissa. Palonen (2016) liittyy puutteen tiedonsaannissa ikäihmisen ja läheisen huoleen kotona selviytymisestä sekä kotiutusvalmiuteen, jolloin sillä voi olla merkitystä sairaalasta kotiutuksen ajankohtaan tai sairaalaan palaamiseen.

Kotiuttamistiimi-pilotin tavoite on ollut tuottaa asiakkaan tarpeita vastaavaa hoitoa ja palvelua, joilla pyritään Laatusuosituksen (2013) mukaiseen toimintaan. Tulosten perusteella hyvään itsehoitoon kuuluu suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen sekä keskustelu ja kysymysten esittäminen esimerkiksi kotiin siirtymisestä, päivittäistoimintojen suorittamisesta ja kotiuttamistiimistä. Edellä mainitut asiat eivät ole toteutuneet tilanteissa, joissa on koettu puutteellista tiedonsaantia sekä sivuosaan

ja ulkopuoliseksi jäämisen tunnetta. Nämä tilanteet voivat tarkoittaa valinnan vapauden toteutumattomuutta kotiutusprosessissa. Osa läheisistä vuorostaan on kokenut, että heille annetaan tietoa ja ilmoitetaan kotiutuksesta, mutta kotiutuksen suunnittelu on puutteellista. Nämä vaikuttavat itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen kokemukseen. Ikäihmisten lisäksi läheiset tekevät näiden pohjalta päätöksen kotiuttamistiimin käytöstä kotiuttamisen tukena.

Osallistava suunnittelu kotiutusprosessissa tukee kotona selviytymistä. Hoitajat ovat pitäneet tärkeänä ikäihmisen ja asiantuntijan tiedonsaantia, asiakkaan kuulluksi tulemistä sekä asiakkaan päätöksentekoon osallistumista. Tätä tukee toimintatapa, jossa kerrotaan kotiuttamistiimin toiminnasta ja tavoitteista, myös kirjallisessa muodossa. Hyväksyttävältä palvelulta halutaan yksilöllisen tavoitteen laatimista. Haasteena pidetään sitä, ettei osa ikäihmisistä tiedä kotiuttamistiimin toiminnasta eikä omista tavoitteistaan, vaikka he siirtyvät kotiin. Tämä on tarkoittanut esimiesten mielestä sitä, etteivät ikäihmiset ja läheiset osallistu kotiutuksen suunnitteluun riittävästi, kotiutusta ei valmistella tai ettei kerrottu asia painu ikäihmisen mieleen.

Osallistavan toiminnan ympäristöjä, kuten asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta parannetaan kehittämistyön tulosten perusteella. Ikäihmisten ja läheisten osallistamista itsehoitoon tullaan tekemään entistä selkeämmin keskittymällä osallistaviin toimintatapoihin. Tämä edellyttää ikäihmisen omantilan arviointi- tai voimavarakyklomakkeen sekä itsehoitolomakkeen käyttöönottoa. Tavoitteiden saavuttamista edistää sairaalan, kotiuttamistiimin ja kotihoidon yhteistyö, mikä sisältää yhtenäiset toimintakykymittarit. Toiminnassa päätettiin hyödyntää yhteenvedon tekemistä sähköisen kirjaamisen lomakkeista, jonka voisi antaa myös ikäihmiselle.

Kehittämistyön tulokset osoittavat, että tiedonkulku on olennainen hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Ikäihmiset haluavat tietää kuka heitä hoitaa ja miten hoito etenee. Heidän mielestään tiedonsaannin edistämiseksi tulisi laatia kotiuttamistiimiä koskeva esite, jossa on yhteystiedot ja ikäihmisten päätöstentekoa tukevaa tietoa. Kotiuttamistiimin työtehtävistä laadittu kuvaus helpottaisi toiminnasta kertomista jo sairaalassa. Hoitajat laativatkin työtehtävistään ryhmätyön tuloksena listan, joka on tämän kehittämistyön liitteenä (Liite 6). Toiseksi jatkohoidossa on tärkeä voida hyödyntää jo kerätty asiakastieto. Tämä tarkoittaa jo käytössä olevien hoito- ja palvelusuunnitelmien,

toimintakykymittausten ja voimavarakartoitusten hyödyntämistä. Tämä edistää tukikäyntien aloittamista ilman viivettä ja ilman uutta arviokäyntiä ikäihmisen luona.

Tulosten perusteella tiedonkulun ja osallisuuden edistämiseksi pidetään tärkeänä, että yhteistyö kotiuttamistiimin kanssa alkaa jo kotiuttavalta osastolta. Näin edistettäisiin kotiutusvalmiutta, kun ikäihminen ja läheinen pääsevät konkreettisesti kotiutuksen suunnitteluun mukaan. Vaikeuksia ei koeta, kun asioista puhutaan ja niitä hoidetaan yhdessä.

Moniammatillinen yhteistyö on koettu hyödylliseksi hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Kotiuttavilta osastoilta toivotaan eri asiantuntijoiden potilasohjeita aina kirjallisena kotiin mukaan, suullisen ohjauksen lisäksi. Palosen (2016) tutkimuksessa ohjausmateriaalin merkitys todettiin myös keskeiseksi, koska sen puute liittyi ikäihmisen epävarmuuden ja turvattomuuden kokemukseen hoidon jatkuvuudessa. Myös Leikkolan (2014) tuloksissa lonkkamurtumapotilaat hyötyivät hoitohenkilökunnan antamasta tiedollisesta tuesta. Ohjeiden läpikäymistä ikäihmisen ja läheisen kanssa jo osastolla on pidetty ensiarvoisena.

Esimiehet näkevät moniammatillisten työnjakojen ja koulutustarpeiden suunnittelun vielä tarkennusta vaativina. Moniammatillista toimintatapaa tullaan lisäämään. Tärkeänä pidetään, että kehittäminen on jatkuvaa työyhteisötoiminnan suunnitelmallista kehittämistä, joka on edellytys tasalaatuisen palvelun tuottamisessa. Koska hoitajat ovat olleet huolissaan työn vaikuttavuuden arvioinnista, työsisällön näkyvyydestä ja työrytmyyksestä, on suoran asiakaspalautteen saaminen nähty tärkeäksi. Tätä pyritään jatkossa kehittämään laatimalla ja hyödyntämällä erilaisia palautekäytäntöjen menetelmiä. Hoitajien tarpeeseen halutaan vastata, joten seuraavaksi vuodeksi tehdään koulutussuunnitelmia. Toiminnassa jatketaan kehittämispäivien ja osastotuntien toteuttamista. Pilotin aikana tapahtuneen toiminnan kehittämiseen ollaan tyytyväisiä. Yhteenvetona todetaan, että kaikkiin tämän kehittämistyön tehtäviin saatiin vastaukset.

### 6.3 Jatkokehittämiskohteet

Tulosten perusteella ikäihmisten, läheisten, asiantuntijoiden, esimiesten ja yhteistyötahojen välillä olisi erittäin tärkeää jatkaa yhteistyössä tapahtuvaa kehittämistä. Kotona selviytyminen sairaalahoidon jälkeen on laaja prosessi, mistä johtuen suurin vaikuttavuus saavutettaisiin keskittymällä yhteen kehityskohteeseen kerralla. Näitä voisivat olla kuntouttavat toimintatavat kotiuttamistiimissä ja niiden jatkuvuuden takaaminen esimerkiksi kotihoidon tai läheisten kanssa. Ahonen (2016) kuvaa liikkumissopimusta ja Parsons ym. (2018) päivittäisten toimintojen yhteyteen kehitettyjä harjoituksia ja niiden vaikuttavuutta sairaalasta kotiin palatessa. Näiden toimivuutta olisi tärkeä kokeilla ikäihmisen arjessa ja kehittää kotiuttamistiimin toimintaan sopiviksi. Toisena jatkokehittämisaiheena on ikäihmisen itsehoidon suunnittelua edistävät toimintamallit kotona selviytymisen parantamiseksi.

Fysioterapeutin tekemän arvioinnin ja ohjauksen lisäksi myös muiden asiantuntijoiden käytön merkitystä olisi tärkeä tutkia ja kehittää kotiuttamistiimin toiminnassa. Low ym. (2015) tutkimus osoittaa, että moniammatilliset toimintaprosessit onnistuvat ja ovat vaikuttavia kotiutusta tukevan tiimin toiminnassa. Tämä kehittämistyö on tuonut hyvin olennaisena esiin myös läheisyhteistyön odotukset ja merkityksen kotiutuksessa. Sen kehittymiseksi olisi hyvin tärkeää löytää uusia toimintamalleja. Tähän voidaan saada näkemyksiä asiakaslähtöisen ja rakentavan palautelomakkeen laatimisen ja käytön myötä. Kotiuttamistiimin toiminnan kehittymisen on olennaista jatkaa ikäihmisten ja heidän läheistensä toivomalla tavalla. Tulevaisuudessa toiminnan kehittyminen ja siitä saatu palaute olisi tärkeää esittää myös Perusturvalautakunnalle ja Vanhusneuvostolle, jotka vaikuttavat ikäihmisten esittämien kehittämiskehdo-  
tusten toteutumiseen.

## LÄHTEET

Ahonen, M. 2016. Asiakasprosessin kehittäminen: Lännen kotiutustiimi. Ylempi AMK-opinnäytetyö Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.12.2018. <https://www.theseus.fi>

Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. & Livingston, P. 2014. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC Health Services Research 2014; 14, 346. Viitattu 14.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M. & Sørensen, E. 2015. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being 2015, 10 (2730), 1-11. Viitattu 20.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Juvenes Print.

Birkeland, A. & Natvig, G. 2009. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. International Journal Nursing Practice 2009 Aug; 15(4), 257-64. Viitattu 20.6.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Bradshaw, LE., Goldberg, SE., Lewis, SA., Whittamore, K., Gladman, JR., Jones, RG. & Harwood, RH. 2013. Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with comorbid mental health problems indicate complexity of care needs. Age Ageing. 2013 syyskuu; 42 (5), 582-8. Viitattu 28.6.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Cornu, T. 2013. Toimintakykyisenä ikääntyminen -juurruttamishanke. Vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa. Viitattu 12.2.2018. <https://docplayer.fi>

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä: tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5. uud. p. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. <http://julkaisut.turkuamk.fi>

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.12.2015. [www.etene.fi](http://www.etene.fi)

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.1.2016. [www.etene.fi](http://www.etene.fi)

Greysen, SR., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., Schneidermann, M., Critchfield, J., Pierluissi, E. & Kushel, M. 2014. "Missing pieces"-functional, social, and environmental barriers to recovery for vulnerable older adults transitioning from hospital to home.

Journal of the American Geriatrics Society 2014 Aug; 62(8), 1556-61. Viitattu 20.8.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Haaranen, S. 2016. Ikääntyneen päivystyspotilaan kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.2.2017. <https://tampub.uta.fi>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO -mallin vaikuttavuus ja kustannus -vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämissentrum. Väitöskirja. Tutkimuksia – Stakes. Research report: 179. Viitattu 18.5.2016. <http://tampub.uta.fi>

Heikkinen, E. 2013b. Gerontologia tieteenalana. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16-27.

Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2003. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa A. Hietanen & T.-M. Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 43-62.

Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 291-302.

Heikkinen, R-L. 2013a. Kokemuksellinen vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 237-244.

Helin, S. & von Bonsdorff M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakyvyn ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 426-443.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö www-sivut. 2018. Näytön tuottaminen. JBI:n laatimat arviointikriteerit Suomaksi käännettynä. Tutkimusten arviointikriteeristö. Viitattu 30.8.2018. <http://hotus.fi/>

Hoyer, EH., Needham, DM., Atanelov, L., Knox, B., Friedman, M. & Brotman, DJ. 2012. Association on impaired functional status at hospital discharge and subsequent rehospitalization. Journal Society of Hospital Medicine. 2014 May; 9 (5), 277-82. Viitattu 28.6.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Huhtanen, M. 2016. Kotiutustiimien toiminnan vertailu - Nokia kotiutustiimin kehittäminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, vanhustyön koulutusohjelma. Viitattu 1.1.2019. <https://www.theseus.fi>

Hvalvik, S. & Reiersen, I.Å. 2015. Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being* 2015 Mar 5;10, 3402. Viitattu 26.8.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen. *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY. 42-56.

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaori, J. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Högnabba, S. 2008a. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä?: Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista. *Raportteja / Stakes: 34/2008*. Viitattu 16.3.2016. <http://www.julkari.fi>

Högnabba, S. 2008b. Arviointi, arviointitutkimus ja arviointimenetelmien kehittäminen. Teoksessa *Arviointi työtavaksi – kokemuksia asiakastyön arvioinnin kehittämisestä*. Helsingin sosiaalivirastossa. P. Borg, S. Högnabba, M-R. Kilponen, K. Kopisto, P. Korteniemi, I. Paananen ja N. Pietilä. Viitattu 23.3.2018. <http://docplayer.fi>

Ikonen, E & Julkunen, S. 2013. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita

Jylhä, M. & Leinonen, R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 381-390.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 2008:4, 190-213. [https://oa-doria-fi.lillukka.samk.fi](https://oa-doria.fi.lillukka.samk.fi)

Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 421-425.

Jämsen, E., Kervinen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Lääkärilehti*. Katsaus-artikkeli - 10.4.2015 - 14-15/2015 - Kommentteja. Viitattu 12.8.2017. <https://www.laakarilehti.fi>

Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä – Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangovi, S., Grande, D., Meehan, P., Mitra, N., Shannon, R. & Long, JA. 2012. Perceptions of readmitted patients on the transition from hospital to home. *Journal of Hospital Medicine* 2012 Nov-Dec; 7(9), 709-12. Viitattu 20.2.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Kavilo, M., Hyvärinen, K., Kervinen, A., Nykänen, M., Jalkanen, P. & Tepponen, H. 2013. Siilinjärven kunnan kotiutustiimin toiminnan mallintaminen. Viitattu 20.2.2016. <https://docplayer.fi>

Kehusmaa, S., Mäkelä, M. & Heikkilä, R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuksessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Helsinki: THL, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiivistetty. Viitattu 24.5.2018. <http://www.julkari.fi>

Kollin, P. 2014. Toimintakäsikirja Kotiuttamistiimille. AMK -opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Hyvinvointi, vanhustyön koulutusohjelma. Pori.

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämiseksi lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradu -tutkielma, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen yliopisto Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. <http://epublications.uef.fi>

Krostrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi: Bikva-malli. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja. FinSoc, Työpapereita 3/2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 20.8.2016. <https://www.julkari.fi>

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede 2014, 26(4), 310-321.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3-12.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2, 138-148.

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66 / 2009. Viitattu 21.1.2016. <https://helda.helsinki.fi>

Laatusuositus. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö Kuntaliitto. Julkaisuja 2013:11. Viitattu 12.11.2015. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Laatusuositus. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö Kuntaliitto. Julkaisuja 2017:6. Viitattu 18.9.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Lahti, A. 2016. Paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: Kehittämishdotuksia Care Manager -hankkeelle hoitohenkilökunnan käsityksistä kotiuttamisen prosessissa. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, YAMK, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. <https://www.theseus.fi>



Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012/980. L 28.12.2012/980. Viitattu 20.11.2015. <http://www.finlex.fi>

Langhorne, P. & Baylan, S. 2017. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2017 Jul 13: 7. Viitattu 12.12.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Lanne, M. 2013. Käsityksiä kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuden liittyvistä tarpeista ja palveluista. *Gerontologia* 27 (3), 262-276.

Lappalainen, M. 2017. Kotiuttamistiimi. Loppuraportti. Pori: Porin perusturvan vanhuspalveluiden pilottihanke 1.12.2015-31.12.2016.

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. 2012. Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut - Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Itä-Suomen yliopisto.

<https://thl.fi>

Leikkola, P. 2014. Selkälähtökäytännön ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiututtaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 18.3.2017. <http://tampub.uta.fi>

Lohjan kaupunki www-sivut. 2018. Kotiutustiimi. Viitattu 9.11.2018. <https://www.lohja.fi>

Low, LL., Vasanwala, FF., Ng, LB., Chen, C., Lee, KH. & Tan, SY. 2015. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research* 2015; 15, 100. Viitattu 12.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Lämsä. 2013. Potilaskertomus: Etnografia potilaiden sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 20.5.2016. <https://helda.helsinki.fi>

Menzies, OH. & Hanger, HC. 2011. Resource usage and outcomes in a facilitated discharge service in Christchurch, New Zealand. *New Zealand Medical Journal*. 2011 Aug 26; 124 (1341), 29-37. Viitattu 12.8.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Mesteig, Helbostad, Sletvold, Røsstad & Saltvedt. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 1. Viitattu 26.10.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. 3. uud. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Neiterman, E., Wodchis, WP. & Bourgeault, IL. 2015. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging*. 2015, vol. 34 (1), 90-99. Viitattu 3.2.2016. <http://search.proquest.com.lillukka.samk.fi>

Nguyen & Seppälä. 2014. Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 192 – 209.

Nordin, Å., Sunnerhagen, KS. & Axelsson, ÅB. 2015. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurology* 2015 Nov 16, 15:235. Viitattu 12.8.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

PaKaste. 2013. Monialaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Pohjoisen alueen Kaste. Raportti toiminnasta 1.11.2009-31.10.2013. Viitattu 12.2.2018. <http://www.sosiaalikallega.fi>

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 1.4.2017. <http://tampub.uta.fi>

Parsons, M., Parsons, J., Rouse, P., Pillai, A., Mathieson, S., Parsons, R., Smith, C. & Kenealy, T. 2018. Supported Discharge Teams for older people in hospital acute care: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2018 Mar 1;47(2), 288-294. Viitattu 8.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Piirainen, K. 2018. Kriisiavusta vastuulliseen asiakasohjaukseen: Opas sosiaalisen kuntoutuksen rakenteen ja prosessin haltuunottoon. Diak puheenvuoro 18, Diakoniammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi>

Pohjolainen, P. (toim.). 2014. Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. *Ikäinstituutti*. Oraita 1/2014. <https://www.ikainstituutti.fi>

Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa: Mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia* 26 (2012): 4, 235-246 Viitattu 20.6.2017. <http://www.doria.fi.lillukka.samk.fi>

Pori kaupunki [www-sivut](http://www.sivut). 2016. Porin yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluiden suunnitelma vuoteen 2020. Viitattu 18.11.2015. <https://www.pori.fi>

Rauman kaupunki [www-sivut](http://www.sivut). 2018. Kotiutustiimi. Viitattu 9.11.2018. <https://www.rauma.fi>

Rehula, P. 2015. Porin vanhuspalveluiden nykytilanne. Henkilöhaastattelu. Pori. Porin perusturvan vanhuspalveluiden johtaja Pirjo Rehula. Haastattelijana geronomi Nina Halminen. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Rehula, P. 2018. Satakunta -elämää parhaimmillaan. Satakunnan suunnitelma ikäihmisten yhteen sovitetusta palvelukokonaisuudesta 2019 – 2025 - (2030). I & O muutosaagentti Pirjo Rehula, versio 0.3. Viitattu 12.1.2019. <https://www.satakunta2019.fi>

Reijonen, M. 2011. Yhteisellä asialla asiakkaan kanssa – asiakaslähtöisen arvioinnin Bikva-menetelmä ja sen käyttö. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen tiedekunta. ammatillinen lisensiaatintyö. Viitattu 29.6.2017. <http://tampub.uta.fi>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

Ronby, A. 2010. Vaatimus näyttöön perustuvista menetelmistä tukahduttaa sosiaalityötä. Sosiaalitieto 6–7, 24–25. Viitattu 20.8.2017.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.8.2016. <https://www.fsd.uta.fi>

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 373-380.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki - Petäjä – Leinonen Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita 14-32.

Setälä, H. 2016. Ikääntyneiden päivystyspotilaiden palvelutarve. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede. Viitattu 20.4.2017. <https://tampub.uta.fi>

Simonen, M & Heimonen, S.-L. 2014. Haastattelu sosiaalisena vuorovaikutustilanteena. Näkökulmia aktuaalisen sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin. Teoksessa P. Pohjolainen (toim.) Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Ikäinstituutti. Oraitia 1/2014, 57-79. <https://www.ikainstituutti.fi>

Somersaari, K. 2013. Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin. Turvallisen kotiuttamisen kehittäminen Oulunkylän kuntoutussairaalassa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Fysioterapeutti (YAMK), Kuntoutuksen koulutusohjelma. Viitattu 12.11.2018. <https://www.theseus.fi>

Sorri, M. & Huttunen, K. 2013. Kuulo. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 186-195.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014/1301 muutoksineen. Viitattu 3.12.2015. <http://www.finlex.fi>

Sotkanet www-sivut. 2014-2017a. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksot ja hoitopäivät 75 vuotta täyttäneillä 2014-2017. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Viitattu 2.2.2016. <https://www.sotkanet.fi>

Sotkanet www-sivut. 2014-2017b. Sotkanetin tilastotiedot. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet. <https://www.sotkanet.fi/>

Sotkanet www-sivut. 2014-2017c. Sotkanetin tilastotietoja. Ikääntyminen, kotihoito ja kotipalvelut. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. <https://www.sotkanet.fi>

Sulander, T. 2014. Fyysinen toimintakyky ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa P. Pohjolainen (toim.) Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Ikäinstituutti. Oraita 1/2014, 46 - 56. <https://www.ikainstituutti.fi>

TENK. 2018. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. Viitattu 12.12.2015. <https://www.tenk.fi/>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen. Viitattu 3.12.2015. <http://www.finlex.fi>

Tiihonen, A. 2009. Voimaannuttava arviointi. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S.- L. (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti, oraita 1/2009, 89-100.

Tiihonen, A. 2014. Kokemuksellinen toimintakyky ja ikäihmisten voimaannuttaminen. Teoksessa P. Pohjolainen (toim.) Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Helsinki: Ikäinstituutti. Oraita 1/2014, 80-89. <https://www.ikainstituutti.fi>

Tilvis, R. 2016. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Monimuotoiset vanhuspalvelut. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. 58-66.

TOIMIA www-sivut. 2018. Mittarit. TOIMIA-tietokanta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.12.2018. <https://www.terveysportti.fi>

Tuli, S. & Selin - Hannola, L. 2009. Kotiutustiimin toiminnan käynnistäminen ja mallintaminen. Loppuraportti. Tampere: Kotio -hanke 2007-2009. Viitattu 5.5.2016. <http://docplayer.fi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. p. Helsinki: Tammi.

Turun kaupunki www-sivut. 2017. Kotiutus- ja kuntoutustiimi. Viitattu 9.11.2018. <https://www.turku.fi>

Uusihannu, S. 2015. Kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten koettu turvattomuus. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Gerontologia ja kansanterveystiede. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 12.5.2018. <https://jyx.jyu.fi>

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. 80 -vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 40 - 60.

Valkila, N., Litja, H., Aalto, L. & Saari, A. 2010. Consumer panel study on elderly people`s wishes concerning services. Archives of Gerontology and Geriatrics 51, 66-71. Viitattu 20.12.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 12.12.2017. <http://tampub.uta.fi>

Valtioneuvosto www-sivut. 2019. Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustieto -ryhmän työryhmämuistio Ehdotukset sote -ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:3. Viitattu 12.3.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Van Seben, R., Reichardt, L.A., Essink, D.R., van Munster, B.C., Bosch, J.A. & Burman, B.M. 2018 "I Feel Worn Out, as if I Neglected Myself": Older Patients' Perspectives on Post-hospital Symptoms After Acute Hospitalization. Gerontologist 2018 Jan 3. Viitattu 12.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vochteloo, A.J., van Vliet-Koppert, S.T., Maier, A.B., Tuinebreijer, W.E., Röling, M.L., de Vries, M.R., Bloem, R.M., Nelissen, R.G. & Pilot, P. 2012. Risk factors for failure to return to the pre-fracture place of residence after hip fracture. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery 2012 Jun; 132 (6), 823-30. Viitattu 21.6.2016. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

Vuoti, M. 2011. Pohjoissuomalaisten suurten ikäluokkien tulevaisuudenkuvat ikään-tymisestäään, hyvinvoinnistaan ja sosiaali- ja terveyspalveluistaan. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede ja terveys-hallinto. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Viitattu 12.11.2018. <http://jultika oulu.fi>

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, A. 2017. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Raportti 13/2017. Tam-pere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.1.2019. <https://www.julkari.fi>

Zisberg, A., Shadmi, E., Nurit, G-Y., Tonkikh, O., & Sinoff, G. 2015. Hospital-related functional decline in the role after hospitalization processes of individual risk factors. Journal of the American Geriatrics Society, 55-62. Viitattu 12.8.2017. <https://web.b.ebscohost.com>

Zisberg, A., Tonkikh, O., Sinoff, G. & Shadmi, E. 2016. Anxiety symptoms during hospitalization of elderly are associated with increased risk of post-discharge falls.

Int Psychogeriatrics 2016. Jun; 28 (6), 951-8. Viitattu 12.8.2017.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Ylä-Outinen. T. 2012. Ikäihmisten arki – Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta. Viitattu 12.12.2017.  
<http://epublications.uef.fi>

YSA www-sivut. 2016. Selviytyminen. Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 20.4.2016. <http://finto.fi>

## LIITE 1

**ARVOISA PORIN KOTIUTTAMISTIIMIN ASIAKAS**

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen kehittämistyön Porin perusturvan kotiuttamistiimin toiminnasta. Tarkoitus on arvioida uutta toimintamuotoa sekä edistää ikäihmisten sairaalasta kotiin palaamista ja selviytymistä kotona.

Kerään tutkimusaineiston haastattelemalla  $\geq 70$ -vuotiaita kotiuttamistiimin asiakkaita kesä-heinäkuun 2016 aikana. Pyydän suostumustanne osallistua kehittämistyön tutkimukseen. Mikäli suostutte haastatteluun, otan Teihin yhteyttä tapaamisajan sopimiseksi. Haastatteluun voimme käyttää noin tunnin aikaa.

Haastattelussa voitte omin sanoin kuvata minulle miten kotona selviytymisenne on sujunut Kotiuttamistiimin palvelun tukemana. Haastattelu voidaan myös nauhoittaa, jotta voimme keskustella rauhassa. Keskustelu on kaikin tavoin luottamuksellista. Minun on mahdollista tulla haastatteluun Teitä kotinne. Tuloksia käsitellään ja ne julkaistaan niin, ettei Teidän antamianne tietoja voida tunnistaa.

Halutessanne annan mielelläni lisätietoja.

*Nina Halminen*

sairaanhoidtaja – geronomi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, SAMK

Vanhustyön ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija

puhelin: 044 5328027

Ohjaava yliopettaja Sari Teeri, TtT.

Satakunnan ammattikorkeakoulu SAMK

Maamiehenkatu 10, PORI,+ 358 44 7103423

Ohessa on suostumuslomake kehittämistyön haastattelua varten.

## LIITE 2

**SUOSTUMUS PORIN KOTIUTTAMISTIIMIN TOIMINNAN ARVIOINTI-  
JA KEHITTÄMINEN -KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUKSEEN**

Suostun haastatteluun

- suostun, että kokemuksiani voidaan hyödyntää Porin kotiuttamistiimin kehittämistyössä.
- suostun, että mikäli en itse jaksa vastata tutkimukseen, läheiseni voi kertoa kokemuksesta puolestani.
- läheiseni voi osallistua halutessaan myös tutkimukseen.

Olen tietoinen, että

- osallistuminen on vapaaehtoista
- saan keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa

**Olen saanut kehittämistyön tutkimusta koskevaa kirjallista ja suullista tietoa ja suostun haastatteluun:**

Vahvistan osallistumiseni ja suostumukseni allekirjoituksellani:

aika ja paikka \_\_\_\_\_

allekirjoitus \_\_\_\_\_

nimenselvennys \_\_\_\_\_

puhelinnumero tai osoite \_\_\_\_\_  
(kehittämistyön tekijän yhteydenottoa varten)

Voitte antaa tämän suostumuslomakkeen Kotiuttamishoitajalle, kotihoiton työntekijälle tai postittaa sen minulle kotiin ohessa olevassa kirjekuoressa. Postimaksu on maksettu.

Vaivannäöstänne Teitä ystävällisesti kiittäen,

*Nina Halminen*

sairaanhoitaja – geronomi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, SAMK

Vanhustyön ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija

puhelin: 044 5328027



## LIITE 3

Taulukko 1. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä. Kotiuttamistiimin ikäihmisten kokemusten ja arviointien alkuperäisilmaisu, pelkistäminen ja abstrahointi.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
”Totta kai se oli tämmöselle eläkeläiselle suuri asia. Mää tuun muuten kalliiksi itteleni.” (Haast2nainen91)	eläkeläiselle suuri asia (Haast2nainen91)	Turvallisuuden tunne	Terveysten ja elämänlaadun paraneminen	Selviytymistä edistävät tekijät
”Ilman sitä olis ollu vähän pelottavaa. Mää olisin joutunut oleen vallan omin avuin ja miettii mitä millonki tekee.” (Haast9nainen81)	ilman olis pelottavaa (Haast9nainen81)			
”Vanhempi tyttö laittaa lääkkeet sunnuntaisin, osaan ne joka päivä ottaa. Tyttö (tytär) toi isomman dosetin. Poikakin käy joka päivä.” (Haast16nainen88)	Tytär toi dosetin, laittaa lääkkeet, osaan ottaa. Poika käy joka päivä. (Haast16nainen88)	Säännöllinen tukeminen	Monimuotoinen tukiverkosto	
”Nyt on sovittu että he (kotihoito) tulee kaksi kertaa viikossa. Mä laitan itte pyykit koneeseen ja ne tulee laittaa kuivumaan.” (Haast12nainen70)	laitan pyykit koneeseen, ne (kotihoito) laittaa kuivumaan. (Haast12nainen70)			
”Lääkäri oli sitä mieltä että otetaan varman päälle.” (Haast7mies83)	Lääkäri sitä mieltä (Haast7mies83)	Ehdotus asiantuntijalta	Puutteellinen tiedonsaanti	Selviytymistä heikentävät tekijät
”En saanut suunnitella. He kertoi et semmonen tulee. Pääsin sen varjolla kotiin.” (Haast9nainen81)	En saanut suunnitella (Haast9nainen81)	Annettu tiedoksi		
”Tieto tuli sairaalasta. En saanut osallistua valintaan.” (Haast5nainen89)	Tieto tuli sairaalasta (Haast5nainen89)			
”Ei kukaan miettinyt miten kotona pärjätään. Sano et pääsen kottiin.” (Haast16nainen88)	Ei kukaan miettinyt (Haast16nainen88)	Suunnittelematon	Sivuosaan jääminen	

## LIITE 4

Taulukko 2. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä. Kotiuttamistiimin hoitajien kokemusten ja arviointien alkuperäisilmaisu, pelkistäminen ja abstrahointi.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoriat	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
”Näky just se turvatomuuden tunne mikä heil on.” (Haast1hoitajaryhmä)	Näky turvatomuuden tunne (Haast1hoitajaryhmä)	Asiantuntijan tekemä arvio	Palvelutarpeen arviointi	Selviytymistä edistävät tekijät
”Se on vast seuraavan päivän ku huomaa onks jotain ongelmii ja et siihen tarvitaan apuväline.” (Haast2hoitajaryhmä)	Seuraavana päivänä huomaa ongelmat (Haast2hoitajaryhmä)			
”Just niiku haavanhoito, tai yleistilan lasku, joka on lähtenyt petraantumaan sairaalas. Sit ku tulee kotiin, ei sitä hahmota miten pärjää.” (Haast2hoitajaryhmä)	Kotona hahmottaa pärjäämisen (Haast2hoitajaryhmä)	Ikäihmisen subjektiivinen käsitys		
”Siin arviokäynnissä käydään juuri läpi kuka tekee mitäkin. Tehdään voimavarakartoitus.” (Haast2hoitajaryhmä)	Kuka tekee mitäkin, tehdään voimavarakartoitus (Haast2hoitajaryhmä)	Arvioon perustuva työnjako		
”Me tehdään kotiasi-oita paljon laajemmin, ku kotihoito ja annetaan enemmän aikaa.” (Haast1hoitajaryhmä)	Tehdään kotiasi-oita laajasti (Haast1hoitajaryhmä)	Päivittäistoi-missa avustaminen	Hoitotyön toteutus	
”Laitettiin lääkkeet dosettiin, sisältäny lääkelistojen setvimisen ja apteekkikäynnin, dosetin hankkimisen. Neuvottu viel millai tätä dosettii käytetään, jaetaan tai kuka tulee jakamaan ne jatkossa. Se tiedon vieminen.” (Haast1hoitajaryhmä)	Kokonaisvaltainen lääkehuolto, tiedon vieminen (Haast1hoitajaryhmä)			

<p>”Just suihkutuolin kans, monet asettaa suihkutuolin sillai selkä sin suihkuun päin. Mut eihän siit onnistu hanojen vääntäminen.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Suihkutuolin asettaminen (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Apuvälineiden sovitus</p>	<p>Hoitotyön toteutus</p>	<p>Selviytymistä edistävät tekijät</p>
<p>”Apuvälineiden säädöt täytyy säätää oikean korkuisiks. Kaikki ei oo saman mittaisia.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Apuvälineen säätö (Haast2hoitajaryhmä)</p>			
<p>”Ohjataan millai se vessaan liikkuminen tapahtuu ja millai suihkuun meneminen tapahtuu.” (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Ohjataan liikkuminen, suihkuun meneminen (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Itsehoidon tukeminen</p>	<p>Osallistava ohjaus ja neuvonta</p>	
<p>”Opetetaan haavanhoitoa, ettei me vaan käyty tekemäs, vaan otettiin se asiakas mukaan siihen hommaan.” (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Opetetaan asiakasta (Haast1hoitajaryhmä)</p>			
<p>”Kyllä me ollaan kysytty onko halukas osallistumaan ja mitä haluu tehdä.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Kysytään halukkuutta, osallistumista (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Osallisuuden tukeminen</p>		
<p>”Kyllähän me ollaan puolisoita opetettu jakamaan lääkkeitä ja opetettu pistämään, jos asiakas ei osaa itse pistää.” (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Puolison opettaminen (Haast1hoitajaryhmä)</p>			
<p>”Hyvä kuntonen asiakas ohjataan näytteille omaan terveyskeskukseen.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Ohjataan omaan terveyskeskukseen (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Palveluohjaus</p>	<p>Hoidon jatkuvuuden turvaaminen</p>	
<p>”Mehän aletaan järjestämään tukiverkosta siitä saakka, kun asiakas tulee meille. Se on lyhyt aika.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Järjestetään tukiverkosto (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Ymmärrys tarpeesta</p>		

<p>”Ymmärtääkö nää asiakkaat ihan et mitä tää kotiutuminen tarkoittaa. Kotiutuminen on kuitenkin niin laaja käsite.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Ymmärtääkö asiakkaat kotiutumisen käsitettä (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Toimintatavat epäselviä</p>	<p>Tiedonpuute</p>	<p>Selviytymistä heikentävät tekijät</p>
<p>”Monet ei muista vaikka ne olis ihan kognitiivisesti hyviä. Sitten on niin paljon ihmisiä, et on niin vaikea seurata sitä tilannetta.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Ei muista tilannetta (Haast2hoitajaryhmä)</p>			
<p>”Ei he nää sitä taustatyötä mitä me tehdään, mitä jokainen tekee. On sit omaisiin yhteydessä, kotihoitoon, joka paikkaan, ei näy täs mitenkään.” (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Asiakkaat eivät tiedä taustatyötä (Haast2hoitajaryhmä)</p>	<p>Työtehtävien näkymättömyys</p>		
<p>”On meil näit kävelytyksii ollu, porraskävely ollaan harjoiteltu,. Mut sit ne ihmiset saa niit jumppaohjeit kotiin, he ei tee niit jumppaohjei. Meil ei ole sitä aikaa kattoo et hän niit tekee.” (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Jumppaohjeita, ei ole aikaa seurata toteutuuko (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Vaihteleva kuntoutumista edistävä toiminta</p>		
<p>”Moni haluais just sitä kuntouttamist, mut he ei ehkä ymmärrä, et se on just kuntouttamist kun me liikutaan siellä ja noustaa ja kaikkee. He ehkä luulee et se olis erillist jumppaa.” (Haast1hoitajaryhmä)</p>	<p>Kuntouttamista, kun liikutaan ja noustaan (Haast1hoitajaryhmä)</p>			

## LIITE 5

Taulukko 3. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä. Kotiuttamistiimin esimiesten arviointien alkuperäisilmaisu, pelkistäminen ja abstrahointi.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoriat	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
”He tuo sen ilmi, et kun he on mennyt paikalle, kotiuttamistimistä on aika vähän tiedetty, vaikka on kerrottu. (Haast1esimies)	Vähän tiedetty, vaikka kerrottu (Haast1esimies)	Epätietoisuus toimintatavoista	Tiedonpuute	Selviytymistä heikentävät tekijät
”Ajattelen oliko sanottu, että voidaan käydä jopa kaksi viikkoa. Joku raja on laitettava.” (Haast4esimies)	Oliko sanottu raja käynneille (Haast4esimies)			
”Tässä huomataan, että määrä muistetaan aina paremmin kuin keskustelu. Tiimi tulee teille kottiin huomenna. Se muistetaan.” (Haast3esimies)	Määrä muistetaan paremmin kuin keskustelu (Haast3esimies)	Suunnittelun sisällöt ja ajankohta	Mieleenpainuva suunnittelu	Selviytymistä edistävät tekijät
”Millai se suunnittelu mielletään?” (Haast4esimies)	Suunnittelun mieltäminen (Haast4esimies)			
”Kyllä asiakkaan näkökulmasta pitäisi mennä sinne missä asiakas on eikä missä oma toimialue.” (Haast3esimies)	Mennään asiakkaan luokse (Haast3esimies)	Osallistamisen ympäristöt		
”Eihän se mikään huono asia ole et kotiuttamistiimi osallistutus jo paria päivää aikasemmin, oltais jo semmoses neuvottelussa. (Haast1esimies)	Kotiuttamistiimin osallistuminen neuvotteluun (Haast1esimies)			
”Tarttis asiakkaan tai potilaan kanssa käydä asiat läpi. Ne muutokset ja kertoo ne hänelle.” (Haast3esimies)	Käydään muutokset läpi yhdessä (Haast3esimies)			

## LIITE 6

**Teemahaastattelujen yhteydessä hoitajien (n=7) kirjaamat hoitotyön sisällöt. Syksy 2016.**

- asiakkaan haastattelu
- oma havainnointi
- omaisen kuunteleminen
- selvitetään miten selviää päivittäisistä toiminnoista
- kartoitetaan kotiolosuhteet; onko ruokaa, lääkkeitä, apuvälineiden tarvetta
- turvataan kotona oleminen ensimmäisen 24 tunnin aikana sairaalan jälkeen
- tehdään suunnitelma asiakkaan ja omaisen kanssa; kuinka monta käyntiä ja mitä tehdään.
- käytännön asioiden järjestelyä; asioiden selvittämistä, kodin muutostöiden ensiarvio ja käynnistäminen
- joka käynnillä tehdään arviointia omalla ammattitaidolla
- tuetaan mahdollisimman paljon tekemään itse
- kannustetaan omatoimisuuteen (suihkussa, ruoan lämmityksessä, yleisessä siisteydessä, roskien viemisessä)
- annetaan kauppa-apua
- tehdään apteekkikäynnit
- uusitaan reseptit
- otetaan verikokeet
- selvitetään Marevan määräykset
- otetaan muut fysiologiset mittaukset; RR, happisaturaatio, verensokeri, paino, pulssi
- tuetaan henkisesti paljon
- tuetaan myös omaisia henkisesti, annetaan lohdutusta, kuunnellaan
- tuetaan surussa paljon
- järjestetään jatkoja, kuten kotihoito, kunnasta tai yksityiseltä
- järjestetään jatkotueksi vapaaehtoistoimintaa: soittorinki, saattajapalvelu, soitekkipalvelu, ystävänvälitys ym.
- tehdään haavanhoitoja
- poistetaan ompeleita ja hakasia
- haetaan ja palautetaan apuvälineet kotiin
- haetaan hoitotarvikkeita kotiin hoitotarvikejakelusta
- otetaan yhteyttä mobiililääkäriin, kotiuttaviin osastoihin, sosiaalipäivystykseen, aikuissosiaalityöhön
- kirjataan kaikki asiakirjoihin
- tehdään hoito- ja palvelusuunnitelmia
- tehdään ajanvaraukset; lääkärille, päihdepalveluun, psykiatrisille hoitajalle ym.
- sosiaalityöntekijän kanssa yhteistyö (mm. raha-asiat)
- tarkistetaan/ kootaan/ päivitetään / tulostetaan lääkelistat
- selvitetään epäselviä lääkemääräyksiä, kaksi tai kolme eri määräystä
- annetaan pistosopetusta; klexane, insuliinit ym.
- annetaan diabetesohjausta; verensokerimittaukset, seuranta, ohjeiden noudattaminen, ruokavalio neuvontaa
- korvaushoitojen toteutus
- trakeostomian hoito ja jatkohoidon organisointi

- kotidialyysi ja sen opetus
  - sappidreenien hoito
  - cystofixin hoito ja opetus
  - avanteiden hoito ja opetus
  - erilaisten katetrien hoito ja opetus
  - vaippahakemukset
  - turvapuhelinhakemukset
  - omaishoidontukineuvonta ja hakemukset
  - hoitotukihakemukset ja neuvonta
  - kuljetuspalveluhakemukset ja neuvonta
  - erilaisten Kela asioiden neuvonta
- 
- käydään harvoin tapaamassa potilasta/asiakasta jo osastolla ollessa
  - jatkuvaa oppimista
  - aamulla 3-5 hoitajaa, viikonloppuina 3
  - päivä-ilta 3-4 hoitajaa, viikonloppuina 3
  - yöllä 2 hoitajaa, viikonloppuina 2