

Hanna-Maaret Kuusisto

LAATUA JA ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ IKÄÄNTYNEIDEN KO-
TIUTUKSIIN – KOTIUTUSTIIMITOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN
PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELISSA

Vanhustyön koulutusohjelma

2019

LAATUA JA ASIAKASLÄHTÖISYYTTÄ IKÄÄNTYNEIDEN KOTIUTUKSIIN
– KOTIUTUSTIIMITOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN
PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELISSA

Kuusisto, Hanna-Maaret
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2019
Sivumäärä: 55
Liitteitä: 9

Asiasanat: ikääntyneet, kotiutus, asiakaslähtöisyys, kehittämisprojekti

Perusturvakuntayhtymä Akseli on vuonna 2010 perustettu, kolmen kunnan muodostama, sosiaali- ja terveystalvakuja tuottava kuntayhtymä. Vuonna 2015 Akselissa alkoi kotisairaaloiminta. Hoidollisten toimien lisäksi kotisairaaloassa oli ollut tavoitteena kehittää aktiivista kotiinkuntoutustoimintaa. Toiminta ei kuitenkaan ollut tavoitteista huolimatta käynnistynyt. Akselin ympäristökunnissa oli kuitenkin käynnissä eri tyyppisiä kotiinkuntoutusinterventioita. Koska Akselissa ei vastaavantuoppistä toimintaa vielä ollut, esitin Akselin akuutti vuodeosaston ja kotisairaalan fysioterapeuttina kiinnostukseni alkaa kehittää tämäntyyppistä toimintaa osana geronomi (AMK)-tutkinnon opinnäytetyötä.

Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena oli tukea vuodeosastolta kotiutuvien ikäihmisten kotiutusprosessia käynnistämällä kotiutustiimi osana Akselin kotisairaalan toimintaa. Projektissa oli mukana sekä kotisairaalan henkilökunta että kotihoito. Projektin kokeiluvaihe toteutui syyskuun 2017 – toukokuun 2018 välisenä aikana yhteisesti sovittujen toimintaperiaatteiden pohjalta ja siihen osallistui kolme asiakasta. Toiminnan arviointia tehtiin koko ajan asiakkaan näkökulmaa korostaen.

Projektin myötä kehitettiin kotiutustiimin toimintamalli ja käynnistettiin kotiutustiimi osana Akselin kotisairaalan toimintaa. Toiminnan juurruttaminen käytäntöön ei kuitenkaan kehittämisprojektin myötä onnistunut. Toimintamallin kehittämisen ja kokeilun myötä saatiin kuitenkin yhdistettyä tutkimustietoa, käytännöntyön kautta tulleita kokemuksia ja asiakaskokemuksia, joidenka perusteella vaikuttaa siltä, että kotiutustiimitoiminnalla voidaan tukea ikääntyneitä heidän kotiutuessaan Akselin vuodeosastolta, vaikka kokeiluun osallistuneiden määrä oli pieni.

Projektin suurimpana haasteena oli se, että kotisairaalan nykyinen henkilöstömäärä ei riitä kotiutustiimitoiminnan toteuttamiseen tämän projektin myötä kehitetyllä toimintamallilla ja sisällöllä. Vastaavantuoppinen tulos saatiin kotihoiton, osin samanaikaisesti toteutuneen, ”Kuntouttava arviointijakso –pilotin” myötä. Jos siis kotiutustiimin toimintamallia haluttaisiin Akselissa ottaa käyttöön ja kehittää, tulisi henkilöstöresursseja lisätä ja perustaa uusi moniammatillinen työyksikkö, kotiutustiimi. Koska toimintamalli liittyy niin kiinteästi kotiin tuotaviin palveluihin kuten kotihoitoon, sen mahdollinen kehittäminen ja käyttöönotto Akselissa soveltuisi mielestäni parhaiten ikäihmisten palvelulinjan kehittämiskohteeksi.

QUALITY AND CUSTOMER ORIENTATION FOR THE DISCHARGE OF THE ELDERLY – START-UP OF HOME REHABILITATION TEAM OPERATIONS IN THE FEDERATION OF MUNICIPALITIES AKSELI

Kuusisto, Hanna-Maaret
Satakunta University of Applied Sciences
Bachelor´s Degree Programme in Elderly Care
March 2019
Number of pages: 55
Appendices: 9

Keywords: elderly, discharge, customer orientation, development project

The Federation of Municipalities Akseli was founded in 2010. It provides social and health care services for three municipalities. The home hospital unit started in Akseli in 2015. The aim had been to develop home rehabilitation program in the unit besides medical care interventions but the operations were never started. However, there were different kinds of home rehabilitation programs in progress in the surrounding municipalities and therefore I decided to start developing home rehabilitation program for Akseli as a part of my thesis.

The thesis was a work-oriented development project and the purpose was to launch a home rehabilitation team as a part of the home hospital unit in the Federation of Municipalities Akseli. The experimental phase started in September 2017 and ended in May 2018 and three elderly persons took part in it. The home rehabilitation program was continuously evaluated during the experimental phase emphasizing the point of view of the elderly.

An operational model was developed for the home rehabilitation team and the team was introduced as a part of the home hospital unit in Akseli. However, the rooting of the operations to practice did not succeed but it seems that the home rehabilitation team can help the elderly when they are discharged home from the ward.

The major challenge in this project was the lack of personnel in the home hospital unit. A similar result was received in the "Rehabilitation period" project in the home care unit in Akseli. As a conclusion of both of these projects, it seems that if the aim is to invest in supporting the elderly living at home as long as possible there should be more personnel and a separate, multidisciplinary home rehabilitation team. As the operational model is closely connected to home care services, its further development should be done in close cooperation with the home care unit in Akseli.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1	Toimintaympäristön kuvaus.....	7
2.2	Työn tarkoitus ja tavoitteet	9
3	IKÄÄNTYNYT PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ.....	9
3.1	Asiakaslähtöisyys ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa.....	10
3.2	Ikäihmisten palveluissa on tärkeää saumaton palveluverkosto	11
4	IKÄIHMISEN TOIMINTAKYVYN JA TOIMIJUUDEN TUKEMINEN PALVELUJEN NIVELKOHDISSA.....	12
4.1	Toimintakyky ja toimijuus ikääntyessä	12
4.2	Ikääntyneen haavoittuvuus.....	14
4.3	Ikäihmisen toimijuuden tukeminen onnistuneen kotiutusprosessin avulla.....	15
4.4	Miten sosiaali- ja terveyspalveluja kehittämällä voidaan tukea onnistunutta kotiutusprosessia?.....	19
5	KEHITTÄMISPROJEKTI OPINNÄYTETYÖN LÄHESTYMISTAPANA.....	22
5.1	Tiedonhankintamenetelmät.....	23
5.1.1	Teoreettinen viitekehys	23
5.1.2	Haastattelut	24
5.1.3	Projektipäiväkirja	25
5.2	Aineiston käsittely- ja analysointimenetelmät	25
5.3	Kehittämiprojektin arviointi	26
6	KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN	28
6.1	Kotiutuminen Akselin akuuttivuodeosastolta ennen projektia	31
6.2	Akselin kotiutustiimin toimintasuunnitelma.....	33
6.3	Kotiutustiimikokeilu	35
6.4	Tulokset.....	38
6.4.1	Asiakkaiden kokemukset kotiutusprosessista ja kotiutustiimitoiminnasta	38
6.4.2	Miten toiminta kotiutusprosessissa muuttui projektin myötä?.....	39
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	39
7.1	Millainen on onnistunut kotiutus ikääntyneen näkökulmasta?.....	39
7.2	Miten kotiutusprosessia voidaan tukea, jotta ikääntynyt kokisi itsensä toimijaksi ja olonsa turvalliseksi?.....	41
7.3	Miten Akselissa voidaan kehittää kotiutusprosessin aikaista yhteistyötä asiakkaan, omaisten ja sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä?.....	42

8	KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI.....	43
8.1	Asiakasnäkökulma	43
8.2	Henkilökunnan näkökulma	44
8.3	Kehittämiprojektin jatkuvuus ja vaikutukset.....	45
8.4	Kehittämiprojektin luotettavuuden arviointi	47
9	POHDINTA.....	48
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrän kasvaessa on herännyt tarve kehittää tehokkaampia tapoja sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen. Palvelujen painopistettä on pyritty siirtämään ennaltaehkäisevään suuntaan ja pyrkimyksenä on ollut kehittää avomuotoisia ja kotiin tuotavia palveluita. Tämän lisäksi olennaista on ollut toimintakykyä tukevan näkökulman sisällyttäminen osaksi kaikkea ikääntyneille kohdennettuja palveluja ammattiryhmästä riippumatta. Erityisen tärkeää tämän on todettu olevan palvelujen saumakohdissa kuten ikääntyneen kotiutuessa sairaalasta tai vuodeosastolta: onnistunut kotiutus luo turvallisen lähtökohdan kotona pärjäämiselle. Kotiutumisen jälkeiset päivät ja viikot ovat kriittisiä kotona selviytymisen kannalta, mm. kaatumisriski on tällöin kohonnut ja erilaiset komplikaatiot ovat yleisempiä. Asiakkaan näkökulmasta kotiutuksessa olennaista on palvelujen jatkuvuus, oikea-aikaisuus ja näiden luoma turvallisuuden ja huolehdituksi tulemisen kokemus. Palveluohjaus, kotiutushoitajat ja moniammatillinen kotiutustiimityö ovat esimerkkejä toimintatavoista, joilla voidaan parantaa hoidon jatkuvuutta, tiedonkulkua, palveluiden yhteensovittamista ja laatua kotiutustilanteessa sekä näin siirtää ja vähentää raskaampien palvelumuotojen tarvetta ikääntyneen lähitulevaisuudessa. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128–129; Hammar 2008, 18–19; Pajala 2016, 16, 117–122; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 10–17.)

Perusturvakuntayhtymä Akseli on vuonna 2011 toimintansa aloittanut kolmen kunnan – Masku, Mynämäki ja Nousiainen – muodostama sosiaali- ja terveyspalveluja tuottava kuntayhtymä. Asukkaita alueella on noin 21 000. Vuonna 2015 Akselissa aloitti toimintansa kotisairaala, jossa on ollut tarkoituksena kehittää sairaanhoidollisten toimien lisäksi aktiivista kotiinkuntoutustoimintaa mahdollistaen nopeammat kotiutukset vuodeosastolta. (Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2013–2016, 3; Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2016 ja taloussuunnitelma vuosille 2017–2018, 37–39; Tilastokeskuksen [www-sivut](http://www.sivut) 2018.) Kotiinkuntoutustoiminta ei kuitenkaan ollut käynnistynyt, mikä antoi idean opinnäytetyölleni toimiessani itse työssäni fysioterapeuttina sekä Akselin vuodeosastolla että kotisairaalassa. Opinnäytetyöni oli kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena oli tukea vuodeosastolta kotiutuvien ikäihmisten kotiutusprosessia käynnistämällä kotiutusti-

mi osana Akselin kotisairaalan toimintaa. Kehittämiprojektin alussa kartoitettiin ikääntymiseen, ikääntyneiden palveluihin ja kotiutustilanteisiin liittyvää tutkimustietoa. Tämän jälkeen perehdyttiin tarkemmin muutamaa toiminnassa olevaan kotiutustiimiin. Näiden pohjalta luotiin Akselin kotiutustiimin toiminnan lähtökohdat ja aloitettiin toiminta. Kotiutustiimikokeilu toteutettiin syyskuun 2017 – toukokuun 2018 välisenä aikana. Toiminnan arviointia tehtiin koko ajan asiakkaan näkökulmaa korostaen mm. projektipäiväkirjan ja asiakashaastatteluiden avulla. Projektin suurimpana haasteena oli aika- ja henkilöstöresurssien vähäisyys.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Perusturvakuntayhtymä Akselissa sosiaali- ja terveystaloudet on jaettu kolmen eri linjan alle: sosiaalityö- ja perhepalvelujen palvelulinjaan, terveystaloudet palvelulinjaan ja ikäihmistien palvelulinjaan. Terveystaloudet palvelulinjaan kuuluvat avohoitopalvelut kuten lääkäri- ja hoitajavastaanotot ja terapiapalvelut sekä akuutti vuodeosaston toiminta. (Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2013–2016, 3; Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2017 ja taloussuunnitelma vuosille 2018–2019, 34–42.)

Terveystaloudet palvelujen linjalla yhtenä kuntayhtymän kärkihankkeena on ollut kotisairaaloiminnan käynnistäminen, mikä toteutuikin alkuvuodesta 2015. Kotisairaala tukee akuutti vuodeosaston toimintaa mahdollistaen lyhytaikaisempia osastohoitojaksoja ja nopeamman kotiutumisen vuodeosastolta asiakkaan toimintakyvyn salliessa. Lisäksi kotisairaala tekee yhteistyötä Akselin ympärivuorokautisten hoitopaikkojen kanssa, jolloin sairaanhoidollista osaamista voidaan lisätä ikäihmistien yksiköissä ja näin vähentää potilaiden siirtoja yksiköistä toiseen. Hallinnollisesti akuutti vuodeosasto ja kotisairaala toimivat saman esimiehen alaisuudessa. Kiinteässä yhteistyössä akuutti vuodeosaston ja kotisairaalan kanssa toimii ikäihmistien palvelulinjan avopalveluihin kuuluva kotihoito. (Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2016 ja taloussuunnitelma vuosille 2017–2018, 37–39; Perusturvakuntayhtymä Akselin talous-

arvio vuodelle 2017 ja taloussuunnitelma vuosille 2018–2019, 40; Perusturvakuntayhtymä Akseli tilinpäätös 2015, 41.)

Kotisairaalassa toimii neljä sairaanhoitajaa sekä siihen osa-aikaisesti nimetty lääkäri. Fysioterapia- ja apuvälinearvioissa hyödynnettiin aluksi kotihoidon fysioterapeuttia, mutta vuodesta 2016 tehtävä siirtyi vuodeosaston fysioterapeutille. Asiakkaat ohjautuvat kotisairaalan asiakkaiksi terveyskeskuksen päivystyksestä, vuodeosastolta, kotihoidosta sekä erikoissairaanhoidosta. Kotisairaala tekee asiakastyötä sekä omissa tiloissaan terveyskeskuksessa että asiakkaan kotona, palvelutaloissa ja vanhainkohteissa. Kotisairaalassa hoidetaan mm. iv-antibioottitiputuksia, leikkausten jälkeisiä lyhytaikaisia haavanhoitoja, syöpäpotilaita ja saattohoitopotilaita. (Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2013–2016, 25; Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2016 ja taloussuunnitelma vuosille 2017–2018, 38–39.)

Kotisairaaloiminnan vakiintumisen jälkeen kotisairaalassa on ollut tarkoituksenaan kehittää aktiivista kotiinkuntoutustoimintaa hoidollisten toimien lisäksi (Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2016 ja taloussuunnitelma vuosille 2017–2018, 39; Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2017 ja taloussuunnitelma vuosille 2018–2019, 40). Toiminta ei kuitenkaan ollut käynnistynyt – joko mahdollisia asiakkaita ei oltu tunnistettu tai sitten ei oltu muistettu kotiin kuntouttamispalvelua olemassa olevaksi. Tilannetta oli kuitenkin helpottanut se, että vuodeosaston fysioterapeutti oli nimetty mukaan kotisairaalan toimintaan, mutta tästäkään huolimatta kotiin kuntoutustoiminta ei ollut kunnolla käynnistynyt. Kotiin kuntouttamistoiminnalta puuttuivat siis selkeästi toiminnan peruslähtökohdat ja tämän myötä toimintamalleja ei ollut käytännön työnkään kautta vielä muodostunut. Akselin ympäristökunnissa oli kuitenkin käynnistymässä ja paljon jo täydessä toiminnassakin olevia, erityyppisiä kotiin kuntoutusinterventioita. Koska Akselissa ei vastaaventyypistä toimintaa vielä ollut, esitin johtavalle hoitajalle kiinnostukseni alkaa kehittää tämäntyyppistä toimintaa. Työskentelen itse Akselin akuutti vuodeosaston ja kotisairaalan fysioterapeuttina ja oman työkokemukseni pohjalta, osana geronomi (AMK)-tutkinnon opinnäytetyötä, aloin perehtyä aiheeseen liittyviin käsitteisiin ja tutkimustietoon tarkemmin.

2.2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Akseliin kotiutustiimin toimintamalli ja tämän jälkeen käynnistää kotiutustiimi osana kotisairaalan toimintaa. Projektin myötä kotiutustiimin toiminta pyritään juurruttamaan käytäntöön, jolloin kotisairaalan palveluvalikoima laajenee.

Kotiutustiimin päätavoitteena oli tukea ikäihmisten kotiutumista vuodeosastolta asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden kokemusta vahvistaen läpi hoito- ja palveluverkoston moniammatillisin keinoin. Osatavoitteena oli hoidon ja palveluiden jatkuvuuden varmistaminen ja tiedonkulun parantaminen. Lisäksi tavoitteena oli lisätä yhteistyötä asiakkaiden, omaisten, vuodeosaston, kotihoidon ja avosairaanhoidon kanssa ja luoda iäkkäälle selkeä turvaverkosto tukemaan kotiutusprosessia.

Opinnäytetyöhön liittyvät keskeiset kysymykset:

Millainen on onnistunut kotiutus ikääntyneen näkökulmasta?

Miten kotiutusprosessia voidaan tukea, jotta ikääntynyt kokisi itsensä toimijaksi ja olonsa turvalliseksi?

Miten Akselissa voidaan kehittää yhteistyötä kotiutusprosessissa asiakkaan, omaisten ja sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä, jotta palvelut olisivat asiakaslähtöisiä, oikea-aikaisia, joustavia ja laadukkaita?

3 IKÄÄNTYNYT PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Kuten vanhuspalvelulaki ja siihen liittyvä laatusuositus määrittävät, ikääntyneellä tarkoitetaan vanhuseläkkeeseen oikeutetussa iässä olevaa väestöä eli noin 63+ -vuotiasta, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden tai lisääntyneiden sairauksien tai vammojen tai ikään liittyvän rappeutumisen vuoksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 3 §; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 34.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan

yli 65-vuotiaista henkilöä. Ikääntyneen synonyyminä käytetään sanoja ikäihminen ja vanhus.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus tulee kasvamaan nykyisestä 19,9 %:sta noin 26 %:iin vuoteen 2030 mennessä. Odotetun elinajan ennuste kasvaa ja ihmiset yksinkertaisesti elävät pidempään, mikä luo valtakunnallisia haasteita: vanhuspalvelulaki ja siihen liittyvä laatusuositus painottavat kuntoutusta ja kotona asumisen tukemista. Tämä merkitsee tarvetta kehittää mm. avomuotoisia ja kotiin tuotavia palveluita. Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, tietoa ja näkemystä ikääntyneen elämäntilanteesta arjen sujuvuuden tukemiseksi ja kotona pärjäämisen mahdollistamiseksi. Huomioitavaa on, että toimintakyvyn tukemisen näkökulman tulee korostua kaikissa iäkkäiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ammattiryhmästä riippumatta. Lisäksi tarvitaan asiakaslähtöistä ja saumatonta hoito- ja palveluverkoston yhteistyötä. Toimintakykyä tukeva näkökulma tulee huomioida erityisesti palvelujen saumakohdissa kuten ikääntyneen kotiutuessa sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128–129; Hammar 2008, 17–19; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/ 2012, 5 §; Pajala 2016, 16, 117–122; Perälä & Hammar 2003, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 10–17, 24–26; Tilastokeskuksen www-sivut 2018.)

3.1 Asiakaslähtöisyys ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa

Kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tärkeintä on asiakaslähtöisyys – palveluiden tulee olla asiakaskeskeisiä, oikea-aikaisia ja vaikuttavia, sillä ikääntyneet ovat toimijoina hyvin heterogeeninen ryhmä. Asiakaslähtöisesti toimivassa organisaatiossa palveluja saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on mukana palvelun tarpeiden arvioinnissa, palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa sekä palvelun vaikutusten ja laadun arvioimisessa. Tämän lisäksi asiakkaiden mahdollisuus tehdä valintoja on osa asiakaslähtöisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13, 17–19; Voutilainen, Vaarama & Peiponen, 2002, 38–41.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän painopistettä on pyritty siirtämään ikäihmisten kohdalla ennaltaehkäisevään suuntaan, jotta voitaisiin hillitä palvelutarpeen ja kustannusten kasvua. Palvelujärjestelmän tulee pystyä auttamaan varhain ja tehokkaasti, jotta voitaisiin tukea tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä. Terveysten ongelmat haavoittavat ikääntynyttä herkästi, minkä vuoksi ne tulisi hoitaa ilman viivytyksiä, jotta välttyään jatko-ongelmilta ja palvelutarpeen kasvulta. Periaatteena on, että ikääntyneiden itsenäistä elämää, toimijuutta ja osallisuutta tuetaan ensisijaisesti heidän omassa asuinympäristössään. Yhteiskunnan tulee pyrkiä turvaamaan ikääntyneen hyvä elämänlaatu ja toimiva arki, mutta myös vastuullistaa iästä ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan, olemaan omien voimavarojensa mukaan osallistuja ja toimija. (Räsänen, 2018, 21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11–12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13, 16.)

3.2 Ikäihmisten palveluissa on tärkeää saumaton palveluverkosto

Palvelujen laatu tarkoittaa kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, lakien ja säännösten mukaan kustannustehokkaasti. Ikääntyneiden itsenäisen suoriutumisen tueksi tarvitaan monitahoista palveluverkostoa, sillä ikäihmiset tarvitsevat usein monipuolista ja monelta taholta tulevaa apua ja hoitoa. Onnistunut palveluketju hyödyntää sosiaalityön, lääketieteen, hoitotyön ja kuntoutuksen ammattilaisten sekä muiden ikäihmisten hoitoon ja palveluihin osallistuvien henkilöiden yhteistyötä. (Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2002, 49–55; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17–23.)

Ikäihmisten tarvitsemat palvelut koostuvat useimmiten erityyppisistä avohoidon palveluista, kuten fysioterapiasta, kotihoidosta tai omaishoidontuesta, ns. välimuotoisista palveluista eli erilaisista koti- ja laitoshoidon väliin syntyneistä palveluista kuten lyhytaikaishoidosta ja tehostetusta palveluasumisesta sekä laitoshoidosta kuten terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoista ja vanhainkodeista. Laadun näkökulmasta olennaisinta on, että kaikista näistä palveluista saadaan luotua asiakkaalle yksilöllinen ja saumaton palvelukokonaisuus, joka muuttuu ikäihmisen toimintakyvyn muuttuessa. Saumaton palvelujen ketju ylittää sosiaali- ja terveydenhuollossa olevat organisaatorajat ja tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Palveluissa ja hoidossa

mukana olevien toimijoiden näkökulmasta saumattomuus edellyttää herkkyyttä havaita ikääntyneen elämäntilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia sekä rohkeutta ottaa kantaa palvelujen lisäämiseen, vähentämiseen ja yhdistelyyn. Saumattoman palveluketjun edellytyksiä ovat mm. moniammatillisuus ja läheinen yhteistyö, tiedonkulku sekä kustannustietoisuus. (Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2002, 49–55; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17–23.)

4 IKÄIHMISEN TOIMINTAKYVYN JA TOIMIJUUDEN TUKEMINEN PALVELUJEN NIVELKOHDISSA

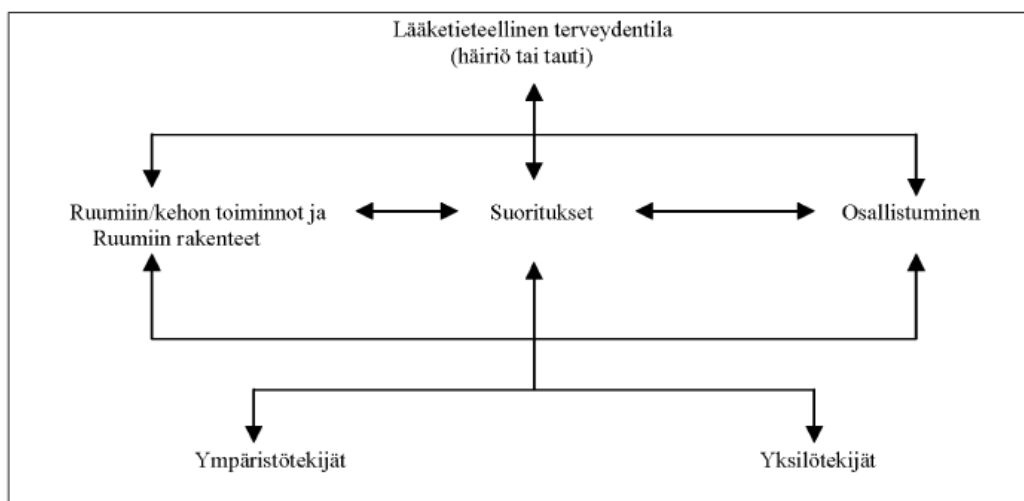
4.1 Toimintakyky ja toimijuus ikääntyessä

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisessä elämässään omien voimavarojensa mukaisesti itselleen merkityksellisistä toimista siinä ympäristössä, jossa yksilö elää omaa arkeaan. Toimista selviydytään joko itsenäisesti tai tuetuna – merkityksellistä on se, mitä yksilö saa toimillaan aikaiseksi. Toimintakyvyn käsitettä voidaan jäsentää eri tavoin. Useimmiten se jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky voidaan määrittää kyvyksi suoriutua päivittäisistä toimista ja pitää sisällään mm. liikkumisen, tasapainonhallinnan ja käsillä tekemisen. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat mm. kognitiiviset toiminnot kuten muisti, mieliala ja elämänhallinnan kokemus sekä motivaatio. Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia ja olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Räsänen (2018, 24) lisää toimintakyvyn osa-alueisiin vielä hengellisen toimintakyvyn, jolla tarkoitetaan hengellistä tai elämäntapaa koskevaa vakaumusta esim. luontosuhdetta tai elämänarvoja ylipäänsä. Kuviossa 1 on koottuna toimintakyvyn osatekijät. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15–25; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448; Räsänen 2018, 23–24; Sarvimäki & Heimonen 2010, 20.)



Kuvio 1. Toimintakyvyn ulottuvuudet. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448; Räsänen 2018, 24.)

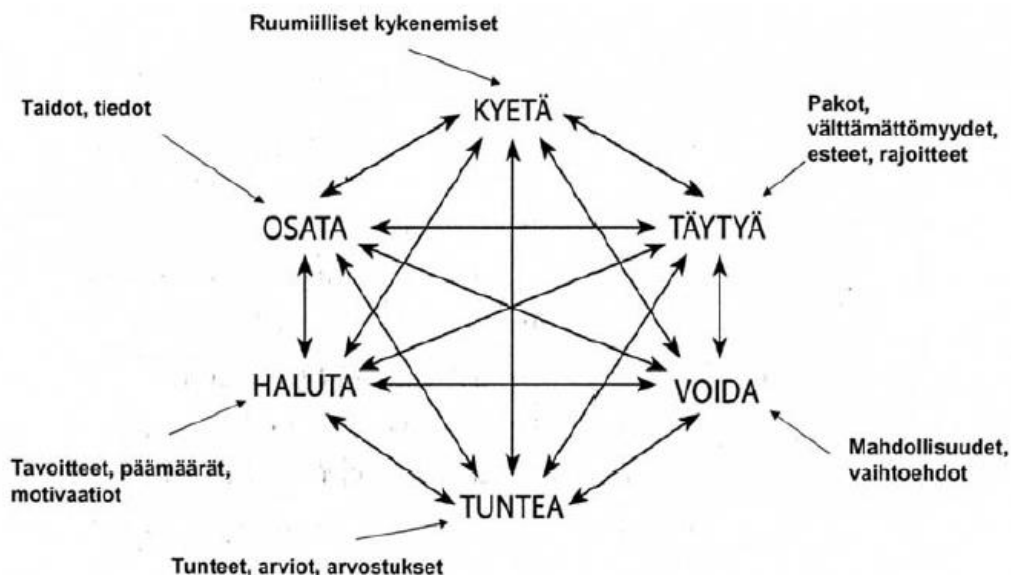
Toimintakykyä voidaan määritellä myös ICF-luokituksen eli kansainvälisen toimintakykyä, -rajoitteita ja terveyden tilaa kuvaavan luokituksen kautta. ICF-luokituksen mukaan toimintakyky koostuu kolmesta osa-alueesta: ruumiin/ kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden, suoritusten ja osallistumisen tasosta. Näiden kanssa tiiviissä vuorovaikutuksessa on lääketieteellinen terveydentila ja ympäristö- ja yksilötekijät. Kuviossa 2 on esitetty osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 449; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 3–6, 18.)



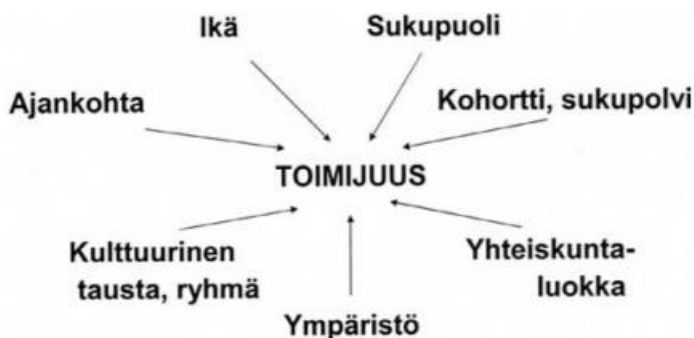
Kuvio 2. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 18.)

Jyrkämä (2007, 201; 2008, 190–203) nostaa toimintakyky käsitteen rinnalle ikäihmisten kohdalla laajemman näkökulman; toimijuuden. Toimijuus käsite muodostuu yksilön elämänsä myötä ja toimijuuden näkökulmasta vanheneminen onkin elämäntilanteiden jatkumo, jossa on katkoksia ja murroksia. Toimijuutta analysoidessa ollaan kiinnostuneita, mitä ihminen osaa, kykenee, haluaa, tuntee ja mitä hänen kulloisessakin tilanteessa täytyy tehdä tai olla tekemättä ja mitä juuri tämä tilanne mahdollistaa. Tätä prosessia havainnollistavat kuvat 3 ja 4. Yksilö on toimija aina tietyn ympäristössä, tietynä aikana, tietynikäisenä, jolloin toimijan taustalla on aina omanlaisensa elämäntarina. Toimijuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomioita myös siihen, kuka arvioi ikäihmisen toimijuutta ja miten – on eri asia arvioiko toimijuutta ikäihminen itse vai esim. omainen tai kotihoidon työntekijä. Lisäksi arviota tehdessä

on hyvä pohtia, miten toimijuus on mahdollisesti muuttumassa lähitulevaisuudessa tai pidemmän ajanjakson kuluessa suhteessa nykyiseen elämäntilanteeseen. Miten esim. vakava sairastuminen tai loukkaantuminen vaikkapa kaatumisen seurauksena vaikuttaa toimijuuteen? (Jyrkämä 2007, 201, 206–207; Jyrkämä 2008, 190–203.)



Kuvio 3. Toimijuuden modaliteetit. (Jyrkämä 2008, 195.)



Kuvio 4. Toimijuuden tekijät. (Jyrkämä 2008, 194.)

4.2 Ikääntyneen haavoittuvuus

Toimintakykyä ja toimijuutta tutkittaessa ja arvioitaessa on huomioitava se, että jäsentelytavasta riippumatta kaikki toimintakyvyn ja toimijuuden osatekijät ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Yhden osa-alueen heikentyminen heijastuu aina myös muihin toimintakyvyn ja toimijuuden osa-alueisiin. Toimintakyvyn rajoitukset aiheuttavat haavoittuvuutta: ne voivat heikentää ihmisen elämänlaatua ja hyvinvointia

rajaten elämänpiiriä ja osallistumista ihmiselle itselleen mielekkäisiin toimintoihin. Ikääntymisen myötä haavoittuvuus lisääntyy entisestään, sillä riski haavoittuvuutta aiheuttaviin elämänmuutoksiin kasvaa, sairastumisriski kohoaa ja voimavarat heikkenevät. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, läheisten menettäminen ja elämän rajallisuuden ymmärtäminen herättävät ajatuksia elämässä aiemmin tehdyistä valinnoista ja niiden seurauksista, omatoimisuudesta ja riippuvuudesta muista ihmisistä, yksinäisyydestä ja kuolemasta. Elämän perusehtojen esiinnousu aiheuttaa haavoittuvuutta siis myös psyykkiselle ja sosiaaliselle toimintakyvylle. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15–25; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448–451; Räsänen 2018, 23–41; Sarvimäki & Heimonen 2010, 20–23; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 33–58; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 3–6, 18.)

Elämäntilanteiden ja ikääntymisen aiheuttamat muutokset voivat olla hyvin erilaisia ja dramaattisia niiden tapahtuessa eri-ikäisenä. Muutokset kytkeytyvät myös paikkoihin ja tiloihin: käyvätkö arjen pakot ja välttämättömyydet jossain kohtaa ylivoimaisiksi tai entä jos fyysisesti kykenee, muttei enää osakaan? Millaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja tässä elämäntilanteessa on olemassa? Arjessa selviytyminen on myös elämänlaatua määrittävä asia: kun kyky selviytyä arjessa heikkenee, myös elämänlaatu heikkenee. Osa ikäihmisistä kokee arkiselviytymisen heikkenemisen normaaliin vanhenemiseen kuuluvana ja sopeutuvat muutoksiin. Osalle muutos on vaikeampi hyväksyä. Muuttuvan toimijuuden ristiriitaisuudet voivat aiheuttaa ikääntyneelle myös häpeää tai masennusta. (Jyrkämä 2008, 197; Räsänen 2018, 23.)

4.3 Ikäihmisen toimijuuden tukeminen onnistuneen kotiutusprosessin avulla

Monet ikäihmiset sopeutuvat toimintakyvyn ja toimijuuden muutoksiin, jos ne tapahtuvat hitaasti pitkän ajan kuluessa. Jos toimintakyky sitä vastoin romahtaa äkkiä esimerkiksi sairastumisen seurauksena, sen vaikutus ikääntyneen elämään on suuri ja nopealla aikataululla tapahtuneet useat muutokset voivat olla mielen tasolla vaikeita käsitellä. Äkillinen sairastuminen aiheuttaa myös muutoksia toimijuuteen, mikä tuo konkreettisia haasteita arkeen ja kotona selviytymiseen kuten miten liikkuminen kaksoikkoroksisessa kotitalossa sujuu tai miten kauppa-asioiminen onnistuu ilman omaa autoa. Mitä enemmän toimintakyky heikkenee, sitä herkemmin ympäristövaikutukset

kohdistuvat ikääntyneeseen. Tutussa ympäristössä eläminen antaa kuitenkin usein paremmat edellytykset itsenäiselle ja omannäköiselle elämälle, sillä ikääntyneelle on usein kehittynyt kompensatiokeinoja arjessa selviytymiseen. Ne saattavat joskus toimia hyvinkin, mutta voivat olla myös tehottomia uudessa tilanteessa toimimiseen, jolloin tarvitaan uusien taitojen harjaannuttamista. Ikääntynyt voi myös valikoida itselleen kaikkein tärkeimpiä ja välttämättömmimpiä toimia silloin kun toimintakyky tai ympäristöolosuhteet eivät salli kaikkia aktiviteetteja. Optimoimalla voimavaransa valittujen toimintojen toteuttamiseen ikääntynyt voi ylläpitää hyvää elämisen tasoaan. Arjessa selviytyminen on kuitenkin aina yksilöllistä ja samoja sairauksia sairastavat saattavat selviytyä arjesta eri tavoin ja käyttää palveluita eri tavoin. (Heikkinen 2000, 221–223; Heikkinen 2002, 25–28; Koskinen 2004, 48–49; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 449; Räsänen 2018, 23; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 36–38.)

Ikäihmisten kohdalla kriittisimpiä ajanjaksoja toimijuuden ja kotona pärjäämisen näkökulmasta ovat äkillisten sairastumisten lisäksi erilaiset palvelujen nivelkohdat kuten sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuminen. Tämän vuoksi kotiutusprosessiin tulisi kiinnittää riittävästi huomiota. Onnistunut kotiutus luo turvallisen lähtökohdan kotona pärjäämiselle ja siirtää ja vähentää raskaampien palvelumuotojen tarvetta lähitulevaisuudessa sekä tukee ikäihmisen toimijuuden kokemusta. Huonosti suunniteltu kotiutusprosessi vaarantaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja lisää riskiä joutua pian uudestaan sairaalahoitoon. Erityishuomiota tulee kiinnittää riskiryhmiin kuuluvien, kuten muistisairaiden, kohonneen kaatumisriskin omaavien ja paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien iäkkäiden palvelutarpeen arviointiin ja tukitoimiin. (Pöyry & Perälä 2003, 9, 13–15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15–17.)

Potilaan kotiutuksen valmistelu ja suunnittelu tulisi aloittaa heti hänen tultuaan osastolle, jotta potilaan kotiutuminen onnistuisi turvallisesti mahdollisimman pian. Sairaalahoitoon joutuminen on selkeä riskitekijä iäkkään potilaan ennusteen kannalta; sairaala- tai vastaava muu osastohoito on useimmiten passivoivaa. Tämän vuoksi ikäihmisen sairaalahoidosta kotiutumisen tulee tapahtua mahdollisimman pian toimintakyvyn ja sairauden hoidon salliessa toimintakyvyn heikentymisen välttämiseksi. Tämän vuoksi esim. kotihoidon tai apuvälineiden järjestymisen odottaminen ei ole riittävä syy sairaalahoidon pitkittämiseen. Kotiutumisen tulee perustua lääketieteelli-

sen arvion lisäksi myös ikääntyneen omaan tahtoon lähteä kotiin. Kotiutuksessa on tärkeää kartoittaa kotiutuvan ikäihmisen toimijuutta; millainen elämäntilanne hänellä on sekä tunnistaa ja tukea hänen fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia voimavarojaan. Koska jokainen ikäihminen on oma, erilainen yksilönsä, myös jokainen kotiutustilanne on omanlaisensa. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 452–453; Pöyry & Perälä 2003, 15.)

Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016, 135) kartoittivat tutkimuksessaan ikäihmisten näkemyksiä kotiutumisen jälkeisestä avuntarpeesta ja ajatuksia ikääntyneiden kohtelusta kotiutusprosessissa. Tutkimuksen perusteella ikääntyneet kokivat sairaalasta kotiutumisen yhdeksi elämänmuutokseksi, jossa he olivat haavoittuvimmillaan muutuneen toimintakykynsä vuoksi. Kotiutumista tavoitteenaan pitävät ikääntyneet tunnistivat omassa arjessaan ja asuinympäristössään muutoskohteita ja apuvälinetarpeita, jotta kotona pärjääminen olisi mahdollista ja turvallista. Mietteitä ja huolia kotiutumiseen liittyen aiheuttivat mm. epätietoisuus normaalien arjen askareiden sujumisesta – peseytyminen, ruuanlaitto, taloudellinen puoli – onko kotona pärjäämistä tukeviin palveluihin oikeasti varaa – ja se, miten voisi keventää lähiomaiseen kohdistuvaa avuntarvetta. Olennaista oli, että ikääntyneet halusivat itse osallistua kotiutusprosessiin ja sen suunnitteluun; olla osallisia omien asioidensa käsittelyssä, kotiutumisensa ja palvelujensa suunnittelussa voimavarojensa mukaan. Ikäihmiset pitivät myös tärkeinä, että heitä kohdeltiin prosessissa kunnioittavasti ja että heidän itsemääräämisoikeuttaan ja omatoimisuuttaan arvostettiin, kuunneltiin ja tuettiin sekä kotiutusta suunniteltaessa että kotiutumisen jälkeisiä palvelutarpeita mietittäessä. Huomionarvoista oli myös se, että ikääntyneiden kotiutumiseen liittyvät huolet olivat sekä konkreettisia arjessa selviytymiseen liittyviä että myös eettisiin ja ihmisarvoa määrittäviin kysymyksiin ja toimintatapoihin liittyviä. Monet tutkittavat kokivat kotiutustilanteen epämiellyttäväksi, sillä tilanteeseen liittyi niin paljon epätietoutta, huolta tulevasta ja omasta kotona pärjäämisestä tai esimerkiksi puolison jaksamisesta uudessa tilanteessa. Tutkittavat kokivat vaikeaksi arvioida kotiutumishetkellä kotona tarvittavien palveluiden/ apujen määrää, sillä omaa sen hetkistä toimintakykyä oli heidän mukaansa vaikea arvioida. Lähes kaikki tutkittavat pyrkivät tulemaan toimeen mahdollisimman vähin avuin kotiutumisensa jälkeen huolimatta siitä, olivatko he kenties joskus aiemmin olleet kotihoidon piirissä. Ikäihminen tarvitsee siis aikaa so-

peutua uuteen tilanteeseen ja hahmottaa tarvitsemansa tuen ja apujen määrää. (Gabrielsson-Järhult & Nilsen 2016, 135–143.)

Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2016, 63–77) ovat tutkineet päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien näkökulmasta. Koponen (2003, 31) on taas tutkinut iäkkään potilaan selviytymistä ja sitä edistävää yhteistyötä potilaan, hänen lähiomaistensa ja hoidonantajien välillä potilaan siirtyessä kodista sairaalaan ja takaisin kotiin. Molemissa tutkimuksissa positiivisiin siirtymis- ja kotiutuskokemuksiin liittyi asiakaslähtöinen näkökulma ja iäkkään potilaan kuunteleminen omassa hoidossaan ja palvelutarpeiden määrittelyssä. Olennaista oli myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja lähiomaisten tärkeän roolin ymmärtäminen. Sairauteen ja sairauden hoitoon liittyvien muutosten ohella oli tärkeää huomioida myös voimavarojen ja muiden arkielämästä selviytymisen kannalta olennaisten tekijöiden muutokset eli tarkastella potilasta ja hänen tilannettaan kokonaisuutena. Koposen (2003, 110) mukaan kotona alkuun pääsemisen vaikeudet tai uudet selviytymisen muutokset johtavat herkästi avun hakemiseen ja sitä kautta uudelleen sairaalaan joutumiseen. Sairaalahoidon jälkeistä kotiutumista kuitenkin tutkimuksen mukaan tuki kotihoidon tai terveyskeskuksen avopuolen ja potilaan välinen hyvä yhteistyö ja seuranta. (Koponen 2003, 31, 108–114; Palonen, Kaunonen, & Åstedt-Kurki 2016, 66, 69, 70).

Zakzesky, Klink, McAndrew, Schroeter & Johnson (2015) tutkivat kirurgisen traumasikön potilaiden näkemyksiä kotiutusprosessiin liittyen. Tässäkin tutkimuksessa onnistuneeseen kotiutumisprosessiin liittyi mm. potilaan ja hoidonantajien sujuva ja avoin keskusteluyhteys ja yhteisymmärrys potilaan tilanteesta, hoidonantajien tiedottaminen potilaan terveydentilasta ja suunnitelmista, läheisten antama henkinen ja fyysinen tuki kotiutuksesta päätettäessä ja kotiutumisen jälkeen sekä asiakkaan oma motivaatio kotiutua mahdollisimman pian toimintakyvyn ja sairauden hoidon sallies- sa. (Zakzesky, Klink, McAndrew, Schroeter & Johnson 2015, 232–239.)

Rydeman ja Törnqvist (2006) haastattelivat hoitohenkilökuntaa ja selvittivät, mitä hoidonantajat pitivät tärkeänä kotiutustilanteessa. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitohenkilökunta piti tärkeänä mm. sitä, että kotiutustilanteessa potilas huomioidaan kokonaisuutena, eikä arvioida kotiutumista vain hoidollisesta näkökulmasta. Tärke-

äksi koettiin myös se, että potilas on mukana kotiutuksen suunnittelussa ja siihen liittyvien päätösten teossa. Kotiutuksessa tulisi hoitohenkilökunnan mielestä huomioida myös potilaan voimavarat, kognitio ja miten omaiset tai esim. kotihoito pystyy olemaan kotiutusprosessissa potilaan tukena. (Rydeman & Törnqvist 2006, 1299–1037.)

Pöyry ja Perälä (2003, 15–16) ovat tutkimuksessaan koonneet yhteen asiakkaan kotiutuessa tai toiseen hoitopaikkaan siirtyessä hoidon jatkuvuutta turvaavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan kotiutumisen suunnittelu on tärkeässä roolissa. Kotiutumisen suunnittelu on moniammatillista yhteistyötä potilaan, omaisen, kotiuttavan tahon ja vastaanottavan tahon välillä. Siinä kannattaa hyödyntää potilaan ja omaisen näkökulman lisäksi kotihoidon työntekijän asiantuntemusta asiakkaan kotiympäristön, kotona selviytymisen ja kotiin saatavien palveluiden tarvearvion suhteen. Kotihoidon työntekijä voi esim. käydä osastolla katsomassa kotiutuvaa asiakasta tai osallistua asiakkaan kotiin tehtävälle arviointikäynnille. Kun suunnittelu toteutetaan yhteistyössä potilaan, omaisen, kotiuttavan osaston, kotihoidon ym. yhteistyötahojen kanssa, asioista saadaan yhtenäinen näkemys ja selkeä toimintasuunnitelma ja asiakas saa varmuuden hoitonsa jatkumisesta osastojakson jälkeenkin. Olennaista on, että potilaan ja hänen omaisensa kanssa sovitaan konkreettisesti kotiutumisen ajankohta, ennen kotiutumista tehtävät toimenpiteet esim. apuvälineiden hankinta ja kodin muutostyöt sekä kotiutumisen jälkeiset palvelut. Suunnitelman tulee kuitenkin joustaa ja sitä tulee muuttaa tarpeen vaatiessa. Tämä tulee huomioida erityisesti, kun kyseessä on iäkäs potilas, sillä muutokset terveydentilassa ja tarpeissa tapahtuvat nopeasti. (Pöyry & Perälä 2003, 15–16.)

4.4 Miten sosiaali- ja terveystalvveluja kehittämällä voidaan tukea onnistunutta kotiutusprosessia?

Johansson, Eklund & Gosman-Hedström (2010, 104) tekivät kirjallisuuskatsauksen moniammatillisen tiimityöskentelyn hyödyntämisestä ikääntyneiden, monisairaiden kotiutusprosesseissa. Katsaus koostettiin kansainvälisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Katsauksen mukaan moniammatillisia tiimejä työskenteli erityisesti akuutti sairaaloissa, perusterveydenhuollossa ja avosairaanhoidossa. Katsauksen mukaan tiimin jäsenenä oli yleisimmin hoitajia, toiminta- ja fysioterapeutteja, sosiaalihojaajia ja jos-

kus myös lääkäreitä. Tiimejä käytettiin sekä moniammatillisen arvion tekemisessä osastolla että kotona pärjäämisen tukemiseen potilaiden kotiuduttua. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tutkijat totesivat, että moniammatillinen geriatrinen arviointi yhdessä moniammatillisen kotona pärjäämisen tukemisen kanssa edistää ikääntyneiden toimintakykyä; pelkkä arviointi osasto-olosuhteissa ei riitä tähän. Moniammatillisen tiimin tulee kuitenkin kirjata toimintaperiaatteensa ja asiakkaan hoitopolun eri ammattiryhmien näkökulmat selkeästi ylös, jotta moniammatillinen näkökulma todella toteutuu käytännössä. Tiimiläisten tulee toimia avoimessa yhteistyössä keskenään, tietoa ja osaamista jakaen toimiakseen asiakkaan eduksi parhaalla mahdollisella tavalla. Kirjallisuus katsauksen myötä korostui tarve osallistaa ikäihmiset vielä tehokkaammin omien asioidensa käsittelyyn lisäämällä mm. keskustelua potilaan ja hoidonantajien välille. Myös Pöyryn ja Perälän (2003, 15–16) tutkimuksessa todettiin, että kotiutumiseen liittyvän suunnittelun ohella on tärkeää muistaa myös toiminnan koordinointi ja seuranta. Koska kotiutumisen toteutumiseen liittyy monia valmisteltavia toimenpiteitä, yhteydenottoja ja toimijoita, on hyvä, että toiminnan koordinointivastuu on selkeästi nimetty. Koordinaattorina voi toimia esim. potilaan osastolla nimetty omahoitaja tai palveluohjaaja. Kotiutumisen jälkeen tulisi vielä varmistaa asiakkaan onnistunut kotiutuminen ja että kaikki oleelliset asiat kotiutumisen kannalta on tullut huomioitua. (Johansson, Eklund & Gosman-Hedström 2010, 101–108; Pöyry & Perälä 2003, 15–16.)

Ikääntyneiden kotiutusprosessin ja kotona asumisen turvaamiseksi on valtakunnallisesti kehitetty erityyppisiä moniammatillisia toimintamalleja. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallinnoimassa Yhteisvoimin kotona –hankkeessa perustettiin kotiinkuntoutusyksiköjä niille asiakkaille, jotka eivät tarvitse enää sairaalahoitoa, mutta eivät pärjää vielä kotonakaan. Toimintaan kytkettiin myös kotiutusfysioterapeutit, joiden tarkoituksena oli tukea asiakkaan kotiutumista ja toipilasvaihetta kotiympäristössä. (Ahde-Koponen & Saarinen 2016, 22–23, 27–30.)

Tampereella on kehitetty vuodesta 2014 kotikuntoutus toimintaa, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edistää ikäihmisten arjen toimintakykyä ja tukea turvallista kotona asumista. Toimintaa tuottavat fysio- ja toimintaterapeutit sekä lähi- ja sairaanhoitajat. Kotikuntoutus on tarkoitettu yli 65-vuotiaille ikäihmisille, jotka tarvitsevat apua liikumisen, kodin arkiaskareista selviytymisen tai päivittäisten toimien harjoitteluun.

Kotikuntoutusjakso kestää yleensä muutamasta viikosta kolmeen kuukauteen. Jakso pohjautuu kuntoutumissuunnitelmaan, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja siihen on kirjattu asiakkaan voimavarat ja toiveet. Kuntoutusjakson sisältö kootaan yksilöllisesti ja se voi sisältää fysio- ja/ tai toimintaterapiaa ja/ tai kuntouttavaa harrastetoimintaa. Myös psykogeriatrasta kotikuntoutusta on tarjolla. Kotikuntoutuksen rinnalla toimii lisäksi erillinen kotiutustiimi. Kotiutustiimissä työskentelee lähi- ja sairaanhoitajia, fysio- ja toimintaterapeutti sekä kuntoutusohjaaja. Kotiutustiimi auttaa asiakasta palaamaan sairaalasta kotiin ja vastaa pääasiassa kotiutumiseen liittyviin nopeisiin tuen tarpeisiin ensimmäisten kotona vietettyjen viikkojen aikana. Kotiutustiimin henkilökunta arvioi hoitojakson pituutta ja kotikäyntien tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Tarvittaessa asiakasta käydään tapaamassa jo sairaalassa. (Tampereen kaupungin www-sivut 2017; Tampereen kaupungin www-sivut 2018; Tampereen kaupungin kotiutustiimin tiedote 30.5.2018; Vesaranta 2014, 8, 9, 5–11, 25.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (Eksote) on tehty vuodesta 2010 kehittämistyötä ikääntyneiden toimintakykyisyyden ja kotona asumisen tukemiseksi kehittämällä kotihoidon kotikuntoutusta. Kotikuntoutuksen tavoitteena on ollut mahdollistaa kuntoutujan, mm. ikäihmisen, turvallinen sairaalasta kotiutuminen tai kotona asuminen sekä vahvistaa häntä toimijana omassa elämässään ja arjessaan. Vuosien saatossa toimintaa on edelleen kehitetty ja vuonna 2015 perustettiin Eksoten kotikuntoutuksen rinnalle moniammatillinen keskitetyn kotiutuksen tiimi. Tiimi kotiuttaa kaikki sairaalasta tai muilta osastoilta kotiutuvat asiakkaat, joilla on arvioitu olevan kotihoidon tarvetta, mutta jotka eivät aiemmin ole olleet kotihoidon asiakkaita. Ikääntyneen kotiutuessa fysioterapeutti tai toimintaterapeutti tekee sairaanhoitajan kanssa yhdessä aloituskäynnin ikääntyneen luo. Tällä palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointikäynnillä selvitetään mm. asiakkaan toimintakykyä, ravitsemusta, mielialaa ja sosiaalisia verkostoja. Tämän perusteella laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa kuntoutumis- ja hoitosuunnitelma, jonka lähtökohdista on asiakkaan omat arjen tavoitteensa mahdollisimman konkreettisesti kirjattuna. Tavoitteiden lisäksi suunnitelmaan kuvataan asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä, voimavaroja ja omatoimisuutta sekä keinoja, millä asiakas pyrkii asettamiinsa tavoitteisiin. Kuntoutumissuunnitelmaan kirjataan myös omaisten osallistuminen. Arviokäynnin perusteella käynnistetään tarvittaessa kotihoidon kuntouttava arviointijakso, jonka pituus on enintään neljä viikkoa. Jakson aikana tuetaan asiakkaan oma-

toimista selviytymistä arjessa fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja lähihoitajan toimesta. Jakson päätteeksi arvioidaan kuntoutujan kotihoidon ja muiden palveluiden tarvetta moniammatillisesti yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä ja kotihoidon kanssa; arviointijakso on aina edellytys säännöllisen kotihoidon aloittamiselle. Jos päädytään säännölliseen kotihoitoon, on sen tavoitteena tukea asiakkaan kotona selviytymistä niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista hän ei itse suoriudu. Jos avun ja tuen tarve havaitaan kotiutumisvaiheessa vähäiseksi, asiakasta on mahdollista tukea myös kevyemmällä, muutaman fysioterapeutin tai kuntouttavan lähihoitajan tekemän käyntikerran sisältävällä tukijaksolla. Sekä keskitetyn kotiutuksen, kuntouttavan arviointijakson, tukijakson että monialaisen kotikuntoutuksen tiimit koostuvat fysio- ja toimintaterapeuteista, lähi- ja/ tai sairaanhoitajista; kaikki ammattiryhmät työskentelevät lähtökohtanaan asiakkaan omat arjen tavoitteet. (Lehmus 2016, 12–16; Viitikko 2016, 17–19; Viitikko & Lehmus 2017, 22–29.)

5 KEHITTÄMISPROJEKTI OPINNÄYTETYÖN LÄHESTYMISTAPANA

Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen kehittämisprojekti, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksesta ja projektityöstä. Molemmat lähestymistavat noudattavat samantyyppistä prosessikaaviota: ensin tarkastellaan tilanteen nykytilaa ja sen jälkeen määritellään ongelmaa ja suunnitellaan tarkemmin näkökulmaa, mistä ilmiötä lähdetään tutkimaan ja/ tai kehittämään ja millaisin keinoin. Kehittämisideaa testataan aina käytännössä, jonka jälkeen sitä arvioidaan. Molemmissa lähestymistavoissa tutkimus- tai kehittämisprojekti on ajallisesti rajattu ja tarkoituksena on suunnitella ja kokeilla uutta toimintatapaa. Toimintatutkimus kestää useimmiten ajallisesti pidempään, sillä ilmiöön perehtymiseen menee oma aikansa samoin kuin parannusehdotusten suunnitteluun ja toteutukseen sekä arviointiin. (Kananen 2014b, 28–34, 125–137; Mäkisalo 2003, 149; Salonen 2013, 12, 13.)

Suurimpana erona toimintatutkimuksen ja projektityön lähestymistavoissa on se, että toimintatutkimus nojaa vahvemmin tieteelliseen viitekehykseen, aineistonkeruun menetelmiin ja niiden analysointiin. Yksittäinen projektityö taas on pitkälti kehittämis-

työtä, joka suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan ilman selkeää, kirjoitettua ja läheisiin perustuvaa käsitejärjestelmää. Projektityö on usein työelämässä käytetty väline kehittää jo olemassa olevaa toimintaa tai kun tarkoituksen on käynnistää täysin uusi toimintamalli. (Heikkinen 2018, 215; Mäkisalo 2003, 149; Salonen 2013, 7, 12, 13.) Opinnäytetyön pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen, mutta aineistonkeruumenetelmät ja niiden analysointi ei ole niin vahvasti tieteen tekemisen metodeihin perustuvaa.

5.1 Tiedonhankintamenetelmät

Toimintatutkimuksessa ja projektityössä voidaan käyttää sekä laadullista että määrällistä lähestymistapaa. Valintaan vaikuttaa tutkimus- tai kehittämisprojektin aihe yleisesti ottaen sekä työn tarkoitus ja tavoitteet. Laadullisella lähestymistavalla pyritään ilmiön kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen ja sen avulla pyritään kuvailemaan prosesseja ja merkityksiä. Laadullisia tiedonkeruumenetelmiä ovat mm. haastattelu, havainnointi, kyselyt sekä erilaiset dokumentit kuten muistiot, kokouspöytäkirjat ja päiväkirjat. (Kananen 2014a, 19; Kananen 2015, 63, 70–73, 132; Vilka & Airaksinen 2003, 63.)

Opinnäytetyön aineisto pitää sisällään teoreettisen viitekehysten, suunnittelu- ja toimintaosuuden sekä asiakkaiden kokemuksia. Koska projektin avulla haluttiin luoda uusi toimintamalli ja kehittää käytännön kokeilun avulla toimintaa etenkin asiakasnäkökulmasta, lähestymistapa ja aineistonkeruumenetelmät olivat laadullisia. Aineisto on kerätty perehtymällä aiheeseen liittyvään teoretiseen tietoon, haastatteleamalla ympäristökuntien kotiutustiimien henkilökuntaa ja Akselin kotiutustiimi kokeiluun osallistuneita asiakkaita sekä pitämällä projektipäiväkirjaa.

5.1.1 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu työn tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Työn kannalta oli tarpeen määritellä keskeiset käsitteet sekä kartoittaa onnistuneen kotiutusprosessin piirteitä eri henkilöiden näkökulmasta. Tämä vaati syvempää perehtymistä tutkimuksiin, lakeihin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin yleisesti. Teoret-

tininen viitekehys on kirjattuna kappaleissa 3 Ikääntynyt palvelujärjestelmässä ja 4 Ikäihmisen toimintakyvyn ja toimijuuden tukeminen palvelujen nivelkohdissa.

5.1.2 Haastattelut

Haastattelua käytetään silloin, kun halutaan tuoda esiin kokemuksia ja mielipiteitä ja kun tutkimus suuntautuu menneeseen tai tulevaan. Haastattelu on hyvin joustava menetelmä, sillä haastattelija voi opastaa vastaajaa ja tarvittaessa esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun haittapuolena on kuitenkin hitaus, kustannukset ja haastattelijan mahdollinen vaikutus haastateltavaan, koska haastattelussa on mahdollista opastamisen sijaan myös ohjailta vastaajaa. Kirjalliset aineistot voivat olla sellaisenaan tutkimusmateriaalia tai niitä voidaan käyttää haastatteluja täydentävänä materiaalina. (Kananen 2010, 65; Kananen 2014b, 90–97; Kananen 2015, 143, 158; Vilka & Airaksinen 2003, 63.)

Opinnäytetyössä haastateltiin sekä kolmen eri paikkakunnan kotiutustiimin työntekijää että Akselin kotiutustiimi kokeilussa mukana olleita kolmea asiakasta. Haastattelua käytettiin yhtenä tiedonkeruumenetelmänä, koska suurimpana kiinnostuksen kohteena olivat muiden kotiutustiimien toiminta käytännössä sekä Akselin kotiutustiimi kokeilun asiakaskokemukset. Haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi, koska projektissa keskityttiin erityisesti asiakkaan näkökulmaan ja mielipiteisiin ja koska uusi toimintamalli kohdistui juuri ikääntyneiden elämäntilanteen tukemiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Laadullisen tutkimusmenetelmän tyypillisiä piirteitä ovat juuri mm. haastateltavan “äänen” ja näkökulman esiin tuominen ja näiden monitahoinen tarkastelu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Lisäksi haastattelulla varmistettiin vastausten saaminen kotiutustiimien henkilöstön osalta, kun kenenkään ei tarvinnut täyttää ja palauttaa kyselylomaketta ja tarkentavia kysymyksiä sai esitettyä aina tilanteen mukaan puolin ja toisin.

Haastateltavat kotiutustiimit valittiin täysin satunnaisesti lähinnä sillä perusteella, että paikkakunnan internetsivujen kautta löytyi tietoa kotiutustiimin toiminnasta. Kaksi haastatelluista oli kotiutustiimissä toimivia fysioterapeutteja, yksi oli kotiutustiimin esimies. Haastattelupohjana käytettiin avoimia kysymyksiä (Liite 3). Haastat-

telut tehtiin puhelimitse ja vastaukset kirjattiin suoraan haastattelupohjaan Word-dokumentiksi. Lupa käyttää haastatteluja osana kirjallista ja julkiseksi tulevaa opinnäytetyötä pyydettiin sähköpostitse kunkin tiimin esimiestasolta.

Opinnäytetyön kohderyhmäksi muodostui vuodeosastolta kotiutuvat, yli 65-vuotiaat ikäihmiset. Kohderyhmästä kokeiluun valikoitui kolme asiakasta. Asiakkaat vastasivat kriteerejä, jotka oli ennalta kotiutustiimin suunnittelu palaverissa sovittu (Liite 4). Asiakkaille annettiin tiedote kehittämisprojektiin osallistumisesta ja haastattelun tarkoituksesta (Liite 5) sekä pyydettiin allekirjoittamaan suostumus kokeiluun osallistumisesta (Liite 6). Haastattelut tehtiin kunkin asiakkaan kotona ja ne nauhoitettiin. Haastattelupohjana käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua (Liite 9), minkä avulla pyrittiin minimoimaan haastattelijan vaikutus vastauksiin. Koska kotiutustii- mikokeilu toteutettiin kaikkien osalta muun työn ohella, aikataulu- ja henkilöstö- resurssillisista syistä enempää asiakkaita ei pystytty kokeiluun ottamaan.

5.1.3 Projektipäiväkirja

Projektipäiväkirjan kirjoittaminen aloitettiin opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Siihen kirjattiin lyhyesti projektin etenemisen kannalta olennaisimmat tapahtumat, tapaamiset, palaverit sekä niiden sisältö ja osallistujat. Päiväkirja oli muutaman sivunmittainen Word-dokumentti, johon kirjasi vain opinnäytetyön tekijä tapahtumia ja osin omia ajatuksiaan projektin edetessä. Projektipäiväkirja toimi karkeana ajallisena runkona opinnäytetyön kirjoitusprosessissa etenkin kehittämisprojektiin etenemisen kuvausta kirjoitettaessa sekä projektin toteutumisen arvioinnissa.

5.2 Aineiston käsittely- ja analysointimenetelmät

Teoreettinen viitekehys muodosti pohjan koko opinnäytetyölle ja se kirjattiin lähdeviitteinen opinnäytetyön perustaksi. Myös kotiutustiimien haastattelut kirjattiin lähdeviitteinen osaksi teoriapohjaa sillä Vilkan ja Airaksisen (2003, 64) toiminnallisen opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti tämältyyppiset konsultaatit voidaan katsoa kuuluvan osaksi opinnäytetyön tietopohjaa. Tähän perustuen kotiutustiimien haastatteluille ei tehty litterointia vaan niistä tehtiin vapaamuotoinen yhteenveto.

Kotiutustiimikokeiluun osallistuneiden asiakkaiden haastattelut sen sijaan litteroitiin. Litteroinnilla erilaiset tallenteet kuten äänitteet muutetaan tekstimuotoon, jolloin niitä voidaan analysoida. Litterointi voidaan tehdä sanatarkasti, yleiskielisesti tai propositiotasolle. Yleiskielen litteroinnissa teksti muunnetaan kirjakielelle ja poistetaan murre- ja puhekielen ilmaisut. Litteroinnin jälkeen aineisto tulee koodata eli tiivistää ja tämän jälkeen vielä luokitella niin, että eri käsitteet pyritään yhdistämään yhden käsitteen alle, jolloin niistä saadaan looginen kokonaisuus. (Kananen 2014a, 101–116; Kananen 2015, 160–161.) Kotiutustiimikokeilun asiakashaastattelut kestivät noin 7 minuutista 18 minuuttiin ja ne litteroitiin yleiskielentasolle. Litteroinnissa ei käytetty tietokonepohjaista ohjelmaa, vaan nauhoitteet purettiin tietokoneelle dokumenteiksi käsin. Aineistoa käsitteli ja litteroi vain opinnäytetyön tekijä omassa kodissaan ja opinnäytetyön valmistuttua kaikki tallenteet haastatteluista sekä niihin liittyvät muistiinpanot hävitettiin. Haastattelujen litteroinnit jäivät hyvin lyhyiksi haastateltavien lyhytsanaisuuden vuoksi; litteroitua aineistoa tuli yhteensä vain kuusi sivua.

Litteroinnin avulla saatu raakateksti koodattiin aineistolähtöisesti. Tämän jälkeen eri käsitteet luokiteltiin teoreettisten käsitteiden tasolle. Luokat muodostettiin huomioiden projektiin liittyvät keskeiset kysymykset ja luokkien avulla pyrittiin löytämään vastauksia asetettuihin kysymyksiin. Kaikki merkitsevä tieto litteroinneista sijoitettiin jokainen yhteen luokkaan. Kerätystä aineistosta muodostettiin seuraavat luokat:

1. Taustatiedot (ikä, sukupuoli, montako kertaa tutkittava on ollut sairaalahoidossa kuluneen vuoden aikana, miten ja miksi siirtyminen sairaalaan/ terveyskeskukseen tapahtui, kuinka monta vuorokautta tutkittava oli osastolla ennen kotiutumistaan)
2. Kotiutuminen ja yhteistyö, hoidon ja palveluiden jatkuvuus, tiedonkulku
3. Asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden tukeminen kotona

5.3 Kehittämisprojektin arviointi

Toimintatutkimus ja projektityö eroavat myös arvioinnin painotuksissa. Toimintatutkimuksessa arvioinnin ja kiinnostuksen keskeisenä kohteena on työn reliabiliteetti ja validiteetti, sillä nimensä mukaisesti tutkimustyöltä vaaditaan tutkimustulosten oikeellisuutta. Lisäksi toimintatutkimuksessa painottuu selkeästi prosessin tarkastelu ja arviointi, mikä tarkoittaa mm. sitä, että arvioidaan aineiston riittävyttä, kattavuutta

ja sitä, miten tutkimuksessa saatua aineistoa on analysoitu ja miten analyysi on mahdollista toistaa. Projektityössä pääpaino on tuloksissa ja tuotoksissa, arvioinnin kohteena on tavoitteiden saavuttaminen, määriteltyjen keinojen toteutuminen, kohdeyhteisön osallistuminen ja oppiminen sekä projektiryhmän toiminta. Lisäksi projektityössä tärkeää on vaikuttavuuden arviointi ja se, miten pitkäaikaisia ja kestäviä vaikutuksia projektin myötä on saatu aikaan. (Heikkinen 2018, 215; Kananen 2014b, 28–34, 125–137; Mäkisalo 2003, 147–152; Salonen 2013, 12, 13.)

Laadullisessa tutkimus- ja kehittämistyössä ei varsinaisesti voida puhua reliabiliteetista ja validiteetista vaan paremminkin työn luotettavuuden varmistamisesta. Laadullisen työn luotettavuuskriteereinä käytetään usein prosessiin liittyvää riskien hallintaa ja riittävää dokumentointia. Riskienhallinta tarkoittaa sitä, että jo projektia suunniteltaessa varmistetaan työn laatu kirjaamalla kriittiset tekijät työn onnistumisen ja tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta. Kaikki valinnat ja ratkaisut tulee lisäksi perustella, jotta lukija tietää, miksi mitään on tehty. (Kananen 2014a, 145–154; Kananen 2015, 338; Mäkisalo 2003, 150–152.)

Koska opinnäytetyössä keskityttiin uuden toimintamallin kehittämiseen ja sen arviointiin laadullisten tiedonhankintamenetelmien avulla, pyrittiin projektin luotettavuutta varmistamaan jo opinnäytetyön suunnitelmassa kuvailemalla projektiin liittyviä riskejä ja toimenpiteitä riskien toteutumisen todennäköisyyden pienentämiseksi. Projektiin liittyviksi riskeiksi nousivat kotiutustiimi asiakkaiden puute, jolloin toiminta ei pääse käynnistymään kunnolla ja kotiutustiimien jäsenten välisen viestinnän toimimattomuus/ yksipuolisuus. Näihin riskeihin pyrittiin varautumaan mm. huomioidulla kaikessa taustatyössä potentiaalisten kotiutustiimi asiakkaiden tunnistaminen sekä projektin tavoitteiden läpikäyminen heti projektin alussa yhdessä projektiin osallistuvien tahojen kanssa. Lisäksi luotettavuutta pyrittiin varmistamaan mahdollisimman tarkan kirjaamisen avulla etenkin tiedonkeruun, analysoinnin ja tulkintamenetelmien osalta.

Arviointia tehtiin myös asiakkaan, henkilöstön sekä vaikuttavuuden ja jatkuvuuden näkökulmasta. Asiakasnäkökulmana hyödynnettiin sekä kotiutustiimikokeiluun osallistuneiden asiakkaiden haastatteluja että teoreettista viitekehystä. Henkilöstönäkökulman pohjana olivat sekä projektipäiväkirja että kokeilun aikana esille tulleet hen-

kilöstöä koskevat käytännön asiat. Vaikuttavuuden ja jatkuvuuden näkökulmaa arviotaessa perustana olivat projektipäiväkirja ja projektin kokeiluvaiheen myötä tulleet käytännön kokemukset.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN



Kuvio 5. Opinnäytetyön prosessikaavio.

Opinnäytetyön prosessia on havainnollistettu kuviossa 5. Opinnäytetyön tekijä toimi kehittämisprojektin projektivastaavana ja työnkuvansa puolesta lisäksi vuodeosaston ja kotiutustiimin fysioterapeuttina. Kehittämisprojekti pohjautuu projektivastaavan tekemään, työnantajapuolen ja SAMK:n huhtikuussa 2017 hyväksymään projekti-suunnitelmaan. Suunnitelmassa projekti oli vaiheistettu ja aikataulutettu ja jokaiselle vaiheelle oli määritelty vastuuhenkilö/ -henkilöt ja toiminnan pääpiirteet. Toteutusvaiheessa suunnitelmapohja hieman muokkautui mm. aikataulutuksen ja sisällön osalta erinäisistä syistä, joita käsitellään tarkemmin myöhemmin.

Toukokuussa 2017 pidettiin palaveri Akselin johtavan hoitajan kanssa, jolloin todettiin, ettei projektia välttämättä pystytä toteuttamaan täysin suunnitelman mukaisesti, sillä kotisairaalan hoitajat eivät pysty aikataulullisista ja henkilöstöresurssillisista syistä toteuttamaan kotiutustiimitoimintaa omalta osaltaan näin intensiivisesti. Ratkaisuksi tähän päädyttiin selvittämään mahdollisuutta lisätä yhteistyötä kotihoidon hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa projektin puitteissa. Palaverissa keskusteltiin lisäksi mm. kotiutustiimitoiminnan tavoitteista ja siitä, mitä käytännön työ voisi sisältää ja miten työnjakoa voitaisiin miettiä jos kotihoito pystyisi projektia työpanoksellaan osaltaan tukemaan. Palaverin lopuksi todettiin, että oli tarpeen pitää yhteistyö palaveri projektivastaavan, kotisairaalan hoitajien ja esimiehen, kotihoidon edustajien ja johtavan hoitajan kesken.

Ensimmäinen yhteistyö ja ideointi palaveri pidettiin kesäkuun 2017 alussa aiemmin suunnitellulla kokoonpanolla paria poissaoloa lukuun ottamatta. Tähän mennessä projektivastaava oli ehtinyt haastatella kahta muiden kuntien kotiutustiimeissä työskentelevää ja tehdä niistä lyhyen yhteenvedon. Palaverissa projektivastaava esitteli lyhyesti kehittämisprojektinsa pääkohdat ja yhteenvedoa kahdesta jo haastatellusta kotiutustimistä. Palaverissa keskusteltiin kotiutustiimitoiminnasta, mitä se voisi Ak-selissa sisältää, minkä tyyppisiä asiakkaita kokeiluun otetaan ym. käytäntöön liittyvistä asioista. Yhdessä pohdittiin kotiutustiimin ja kotihoidon yhteistyömahdollisuuksia ja todettiin, että resurssien mukaan tehdään yhteistyötä, pyrittäisiin siihen, että etenkin kotihoidon fysioterapeutit olisivat toteutuksessa mukana. Lisäksi tuli esille, että kotihoidolla oli alkamassa keväällä 2018 oma, vastaavantyyppinen pilottijaksonsa, mutta sen tarkempaa suunnitelmaa ei asiasta vielä ollut. Projektivastaava

kirjasi esille tulleet ideat projektipäiväkirjaan. Palaverin lopuksi sovittiin toinen suunnittelu palaveri syyskuulle 2017, jolloin käytäisiin läpi kotiutustiimin toimintaperiaatteet, jotka projektivastaava on valmistellut palaveria varten valmiiksi kirjalliseen muotoon ja hyväksyttänyt alustavasti kotisairaalan esimiehellä ja johtavalla hoitajalla.

Toisessa suunnittelu palaverissa syyskuussa 2017 toimintaperiaatteet käytiin läpi, lisättiin ja korjattiin tarpeelliset asiat ja tarkastutettiin uudelleen kotisairaalan esimiehellä ja johtavalla hoitajalla. Hyväksymisen jälkeen toimintaperiaatteet toimitettiin sähköpostitse tiedoksi kaikille palaveriin osallistuneille sekä kaikille kotisairaalan hoitajille.

Kesän – alkusyksyn 2017 aikana projektivastaava haastatteli kolmannen kotiutustiimin toimintaa, koosti potilaan vuodeosastolta kotiutumispöytäkirjan kirjalliseen muotoon sekä vuodeosastolta kotiutuvan potilaan hoitopolun kuvauksen eri ammattiryhmien näkemyksistä.

Kotiutustiimin toiminta käynnistettiin toimintaperiaatteiden mukaisesti syyskuussa 2017. Ensimmäinen asiakas saatiin lokakuussa 2017. Toimintaa arvioitiin jatkuvasti ja sitä pyrittiin kehittämään havaintojen ja tarpeiden pohjalta mahdollisuuksien mukaan. Havaintoja pyrittiin kirjaamaan projektipäiväkirjaan. Asiakashaastattelut aloitettiin heti toiminnan käynnistyttyä ja ne tehtiin aina kotiutustiimijakson viimeisellä käynnillä. Kotiutustiimin kokeilujakso päättyi toukokuun 2018 loppuun, mutta viimeinen kotiutustiimikokeilun asiakasjakso päättyi helmikuussa 2018.

Kehittämiprojekti koottiin vuoden 2018 – alkuvuoden 2019 aikana kirjalliseen muotoonsa geronomi (AMK) –tutkinnon opinnäytetyöksi. Työn valmistumisen jälkeen se esiteltiin lyhyesti kotisairaalan henkilökunnalle.

6.1 Kotiutuminen Akselin akuuttivuodeosastolta ennen projektia

Osastolla potilaan kotiutusajankohtaa arvioidaan ja suunnitellaan yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa moniammatillisesti (lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti/ kun-

tohoitaja). Kotiutuksen valmistelu ja suunnittelu pyritään aloittamaan mahdollisimman pian potilaan tultua osastolle. Kerran viikossa pidetään yhteispalaveri kotihoidon, SAS-koordinaattorin ja sosiaaliohjaajan kanssa. Osastolta mukana on fysioterapeutti ja hoitaja, osastonlääkärinä voidaan konsultoida tarvittaessa. Palaverissa käydään läpi vuodeosastolla olevat kotihoidolle entuudestaan tutut asiakkaat ja heidän jatkohoito- ja kotiutussuunnitelmansa ja kartoitetaan uusia kotihoidon asiakkaita. Pyrkimyksenä on löytää yhteinen näkemys siitä, millä tasolla potilaan toimintakyvyn tulee olla, jotta hän selviytyy kotona itsenäisesti tai apujen turvin. Monitahoisemmissa tapauksissa järjestetään osastolla jatkosuunnitelmapalaveri ja/ tai kotikäynti yhdessä potilaan, hänen omaistensa ja muiden toimijoiden kanssa. Useimmiten mukana on osaston fysioterapeutti ja kotihoidon hoitaja/ geronomi ja kotihoidon fysioterapeutti – joskus mukana on myös SAS-koordinaattori ja sosiaaliohjaaja. Palaverissa/ kotikäynnillä suunnitellaan tarvittavat kotiavut sekä muu potilaan kotona selviytymistä tukeva toiminta esim. apuvälineet ja kodinmuutostyöt. Mikäli omainen osallistuu potilaan hoitoon, sen tavoista ja toteutuksesta sovitaan palaverissa. Tarvittava jatkokuntoutus aikatauluineen ja toteuttamistapoineen sovitaan myös. Palaverissa päätetään lopuksi kotiutumisaikajankoa. Kotihoito jatkaa tarvittaessa omaisten ohella potilaan tukena kotiutumisprosessissa. Jos kotiutuva ei tarvitse kotihoidon palveluita, mutta tarvitsee esim. tikkien poiston tai haavahoitoa, hyödynnetään joko kotisairaalaa tai avohoitopalveluita kuten hoitajavastaanottoa. Kotihoidon käynnit ja tukipalvelut (ateriapalvelu, pesuapu jne.) mahdollistavat ikääntyneen turvallisen kotona asumisen, mutta kotihoidon käynnit ovat nimensä mukaisesti pääasiassa käyntejä eikä hoitajilla ole mahdollisuutta työaikataulujen vuoksi esim. olla tukena kodin ulkopuolisessa asioinnissa, kun asiakas ensi kertaa lähtee pyörätuolilla kotoa lähikauppaan.

Vuodeosastolta kotiutuvan potilaan hoitopolku on kuvattu eri ammattiryhmien näkemyksestä liitteissä (Liite 1). Käytännön työssä tämä konkretisoituu ns. tarkistuslistasta tyyppiseen siirtokuoreen (Liite 2), joka annetaan potilaalle mukaan tämän kotiutuksessa. Siirtokuori on kirjekuori, jonka päälle on tulostettu tarkistuslista kirjekuoren sisältämistä asioista ja mm. kyytien järjestämisestä jne. Siirtokuoreen kootaan mm. potilaan lähipäivinä tarvitsemat lääkkeet (ennen kuin vastaavat ehditään hakea apteekista), tiedot resepteistä, lääkärin epikriisi, hoitotyönyhteenvedo, fysioterapian loppuarvio sisältäen kirjauksen potilaan kotiutumishetken liikkumis- ja toimintakyvystä ja apuvälineistä, mahdolliset avo-fysioterapiaan tai kotihoidon fysioterapeutille sovitut

kontrolliajat, tulossa olevat tutkimusajat perusterveyden huoltoon tai erikoissairaanhoidon, tarvittavien laboratoriokokeiden kontrolliajat, tikkien poistoajat jne. Siirto-kuoren tarkoituksena on parantaa tiedonkulkua ja toimia eräänlaisena muistilistana kotiutuvan potilaan, omaisten, kotihoidon, kotisairaalan ja muiden jatkohoitopaikkojen välillä.

6.2 Akselin kotiutustiimin toimintasuunnitelma

Akselin kotiutustiimin toimintaperiaatteiden muodostamiseksi haastateltiin kolmen kotiutustiimin työntekijää tai esimiestä. Haastattelun kohteiksi valikoituivat Salon, Rauman ja Loimaan tiimit. Salossa ja Raumalla palvelun nimenä on kotiutustiimi, Loimaalla se on nimetty intensiivitiimiksi. Kaikki tiimit ovat moniammatillisia; ne koostuvat lähihoitajista ja/ tai sairaanhoitajista sekä fysioterapeutista. Lääkäreitä ei ole resursoitu yhteenkään kotiutustiimiin; lääkäriresurssina hyödynnetään tarvittaessa siksi paikkakunnasta riippuen joko kotiutuvan tahon, päivystyksen tai kotihoidon lääkäriä. Kotiutustiimi jakson pituus on kaikilla enintään kaksi viikkoa, tapauskohtaisesti tästä on mahdollista myös joustaa. Tiimit toimivat joko yhtä aikaa kotihoidon palveluiden kanssa tai arviointijaksona kotihoidonpalvelutarpeelle tulevaisuudessa. Asiakasta kohden kotiutustiimikäyntejä on maksimissaan neljästä viiteen vuorokaudessa, käynnit määrittyvät asiakkaan ohjauksen ja avun tarpeen mukaan. Kaikilla paikkakunnilla on lisäksi olemassa kotihoidon yöpartio, mikä mahdollistaa tarvittaessa myös yöajan käynnin. Yksi kotiutustiimikäynti kestää asiakkaasta riippuen puolesta tunnista reiluun tuntiin. Käynneillä asiakas harjoittelee ohjatusti ja varmistettuna, tavoitteidensa mukaisesti, päivittäisiä toimia, kuten tiskaamista tai ruuanlaittoa, käynneillä eivät niinkään korostu fyysisen suorituskyvyn harjoitteet. Osalla paikkakunnista kotiutustiimitoiminta mahdollistaa myös kodinulkopuolisen toimijuuden tukemisen eli asiakkaan on mahdollista saada tukea esim. kauppa-asiointiin, jotta hän vastaisuudessa rohkaistuisi lähtemään kauppaan itsenäisesti. Aikaresurssien vuoksi tämä ei kuitenkaan aina ja jokaisella paikkakunnalla onnistu. (Henriksson henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2017; Laine henkilökohtainen tiedonanto 16.5.2017; Loimaan kaupungin perusturvalautakunnan pöytäkirja 28.2.2017, 17§; Rauman kaupungin www-sivut 2017; Salon kaupungin www-sivut 2017; Tuominen henkilökohtainen tiedonanto 7.9.2017.)

Kotiutustiimi toiminnan hinta vaihtelee, jakso on paikkakunnasta riippuen joko ilmainen tai kalleimmillaan 20,10 e/ vuorokausi – hinta on riippumaton käyntimäärästä. Ennen kotiutumista ja jakson alkua asiakasta mennään tapaamaan usein jo osastolle ja yhdessä asiakkaan, omaisten ja vuodeosaston henkilökunnan kanssa kartoitetaan alustavasti avun ja tuen tarpeet sekä asiakkaan tavoitteet ja toiveet jaksoon liittyen. Kotiutustiimien henkilökunta pitää tärkeänä tiimien moniammatillisuutta ja mahdollisuutta käyttää aikaa asiakkaan toimijuuden tukemiseen: hetkessä läsnä olominen, asiakkaan kuuntelu ja hänen kanssaan keskusteleminen on koettu myös erittäin tärkeiksi asiakastilanteissa. (Henriksson henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2017; Laine henkilökohtainen tiedonanto 16.5.2017; Loimaan kaupungin perusturvalautakunnan pöytäkirja 28.2.2017, 17§; Rauman kaupungin www-sivut 2017; Salon kaupungin www-sivut 2017; Tuominen henkilökohtainen tiedonanto 7.9.2017.)

Näihin kolmeen haastatteluun sekä yhteistyöpalaveriin perustuen muodostettiin Akselin kotiutustiimin toimintaperiaatteet, jotka kotisairaalan esimies ja johtava hoitaja hyväksyivät. Toimintaperiaatteet on kirjattu liitteeseen 4.

6.3 Kotiutustiimikokeilu

KOTIUTUSTIIMIN TOIMINTAMALLIN lähtökohtana ovat tiimin toimintaperiaatteet, asiakkaan tavoitteet suhteessa hänen voimavaroihinsa ja Arjen toiminnot -lomake

VUODEOSASTOLLA: Vuodeosaston fysioterapeutti kiinnittää erityistä huomiota vuodeosaston potilaiden kotiutussuunnitelmiin (keskustelua potilaan ja hänen omaistensa sekä osaston lääkärin ja hoitajien kanssa) ja potilaan toiminta- ja liikkumiskyvyn arvioon (Arjen toiminnot -lomake soveltaen osasto-olosuhteisiin ja tarvittaessa muut liikkumis- ja toimintakykytestit)

- kotikäynti yhdessä asiakkaan, omaisten ja tarvittavien yhteistyötahojen kanssa
- asiakkaan tavoitteiden kirjaaminen
- jatkosuunnitelmapalaveri yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa, kotihoidon hoitajan ja/ tai geronomin sekä kotihoidon fysioterapeutin, kotiutustiimin sairaanhoitajan ja vuodeosaston/ kotiutustiimin fysioterapeutin kanssa
 - lukujärjestys (asiakkaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan roolijako, vastuut ja alustavaa toiminnan sisältöä kirjataan)
 - keskustellaan asiakkaan tavoitteista suhteessa voimavaroihin ja avuntarpeisiin; omatoimiharjoitteiden ohjaaminen
 - sovitaan kotiutumispäivä ja kellonaika, kyyti kotiin jne. sekä kotiutustiimijakson kesto alustavasti ja jakson aikana tehtävästä seurannasta

KOTONA: Kun potilas kotiutuu, lukujärjestys kotiharjoitusohjeineen laitetaan asiakkaan kotiutuskuoreen

- Kotiutustiimi jakson aikana omaiset ja hoitohenkilökunta tukevat asiakasta tavoitteidensa saavuttamisessa
- Kotiutustiimi jakson pituutta arvioidaan muutaman päivän välein, jos asiakas saavuttaa tavoitteensa odotettua aiemmin ja kotoa pärjääminen on turvallista, kotiutustiimijakso päätetään yhteisestä sopimuksesta aiemmin. Kotiutustiimijakson päättymisestä informoidaan pääsääntöisesti kotihoitoa ja kotihoidon tai terapiapalveluiden fysioterapeuttia, jolloin kuntoutustarpeen arvio vastuu siirtyy heille

Kuvio 6. Kotiutustiimin toimintamalli.

Kotisairaalan kotiutustiimi kokeilu käynnistyi tehtyjen toimintaperiaatteiden mukaisesti syyskuussa 2017 kestäen toukokuun 2018 loppuun, viimeinen kokeiluun osallistunut asiakasjakso päättyi helmikuussa 2018. Jo aiemmin hyväksi havaitut joka viikoiset palaverit yhteistyötahojen (kotihoito, SAS-koordinaattori, sosiaaliohjaaja) kanssa, vuodeosastolta kotiutuvien kotona pärjäämisen arviokäynnit sekä siirtokuori säilyivät ennallaan kokeilun ajan.

Kokeilun aikana vuodeosaston fysioterapeutti kiinnitti erityistä huomiota vuodeosastolla olevien potilaiden kotiutusvalmistelujen tekemiseen. Lähtökohtana oli osaston fysioterapeutin toiminta- ja liikkumiskyvyn arvio osastolla ja kotiarviokäynnillä sekä käyty keskustelu potilaan, hänen läheistensä ja muun osastolla toimivan henkilökunnan (lääkäri, hoitajat) kanssa. Asiakkaan omatoimisuutta ja toimintakykyä ja niiden muutoksia arvioitiin kokeilun aikana KASTE-hankkeen puitteissa muotoillun Arjen toiminnot –lomakkeen (Liite 7) avulla. Lomake valikoitui käyttöön siksi, että sitä käytettiin jossain määrin jo ennestään kotihoidossa. Tällöin arviointipohja säilyisi samana ja asiakkaan toimintakyvyn muutoksia voitaisiin verrata jatkossakin jos asiakas jäisi kotihoidon asiakkaaksi. Lisäksi Arjen toiminnot –lomake ohjaa myös hoitajia toiminnan arvioimiseen ja kuvailuun ja niiden kirjaamiseen sekä osittain mittaa asiakkaan toimijuuden tasoa.

Kaikille kolmelle kotiutustiimikokeiluun osallistuneelle asiakkaalle tehtiin kotona pärjäämisen arviokäynti ennen kotiutumista; mukana olivat asiakas, omainen ja vuodeosaston fysioterapeutti, lisäksi yhdellä kotikäynnillä oli mukana kotihoidon geronomi. Kahdelle muulle kotikäynnille ei aikatauluongelmista johtuen saatu kotihoidosta edustajaa mukaan. Kotikäynnin, keskustelujen ja Arjen toimet –lomakkeen pohjalta, fysioterapeutin tukemana, asiakas loi omat kotiutustiimitoiminnan aikaiset, mahdollisimman konkreettiset tavoitteensa. Tavoitteet toimivat osaltaan yhtenä arviointivälineenä kotiutustiimitoiminnan keston suhteen.

Tavoitteiden luomisen jälkeen pidettiin osastolla jatkosuunnitelmapalaveri. Aikatauluista ja henkilöstöresursseista johtuen vain yhden kokeiluun osallistuneen kohdalla oli mahdollista pitää toimintamallin suunnitelman mukainen jatkosuunnitelmapalaveri. Palaverissa olivat paikalla asiakkaan ja hänen omaistensa lisäksi kotihoidon sairaanhoitaja, kotihoidon fysioterapeutti, kotisairaalan sairaanhoitaja, vuodeosaston/

kotisairaalan fysioterapeutti. Tuolloin asiakkaalle tehtiin lukujärjestys, josta kävi ilmi kuka käy, milloin käy ja karkeasti ottaen mitä tehdään. Myös läheisten rooli ja käynnit kirjattiin. Lisäksi käytiin yhdessä läpi asiakkaan tavoitteet ja keinoja/ tapoja niiden saavuttamiseksi. Asiakkaalle annettiin kirjalliset omatoimiharjoitusohjeet fyysisen toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn harjoitteisiin. Lukujärjestys (Liite 8) liitettiin tavoitteineen ja kotiharjoitusohjeineen asiakkaan kotiutuessa siirtokuoreen ja se oli kotona kotiutustiimijakson ajan. Kahden muun asiakkaan kohdalla, henkilöstöresurssista johtuen, kotiutuminen tapahtui pian kotikäynnin jälkeen ja yhteydenpito ja tiedonsiirto kotihoidon ja kotiutustiimin hoitajiin ja kotihoidon fysioterapeuttiin hoidettiin puhelimitse ja asiakkaan Lifecare-kirjausten avulla. Asiakkaan tavoitteet kotiutustiimijaksolle kirjattiin lähinnä Lifecareen FYS-lehdelle tavoitteiksi, tämä kirjaus laitettiin kuitenkin rinnakkaisnäkymäksi kotihoidon KHTOTS-lehdelle ja kotiutustiimin hoitajien HOI-lehdelle. Kaikkien kolmen kokeiluun osallistuneen asiakkaan ja heidän omaistensa kanssa käytiin kuitenkin läpi asiakkaan tavoitteet ja keinoja/ tapoja ja niiden saavuttamiseksi.

Kotiutustiimikokeilun aikana omaiset, kotisairaalan kotiutustiimi ja kotihoito yhdessä tukivat asiakasta tavoitteidensa saavuttamisessa. Käynnit sisälsivät mm. arjen toimissa mukana/ varmistuksena oloa (kahvinkeitto, voileivän teko, puuron keitto, postin haku) ja arjen toimista suoriutumisen arviointia sekä fyysisen toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn harjoituksia esim. kotiharjoitusohjeiden läpikäymisen muodossa. Kaikki kotiutustiimi kokeiluun osallistuneet olivat jo lähtökohtaisesti liikkumis- ja toimintakyvyltään sen verran hyvässä kunnossa, että käyntejä tuli vain yksi per päivä. Sairastumisista ja henkilöstöresurssista johtuen kotiutustiimitoiminta kutistui käytännössä käsittämään vain kotiutustiimin fysioterapeutin, kotihoidon fysioterapeutin, kotihoidon hoitajat ja geronomin. Kotisairaalan hoitajat eivät päässeet osallistumaan yhdellekään suunnitellulle asiakaskäynnille.

Jakson kestoa arvioitiin muutaman päivän välein ja jos tavoitteet saavutettiin aiemmin ja kotona pärjääminen oli turvattua, kotiutustiimijakso päättyi suunniteltua aiemmin. Tämänkin tehtiin asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä. Kotiutustiimitoiminnan päättymisen jälkeinen kuntoutus ja kuntoutustarpeen arviovastuu oli joko kotihoidon fysioterapeutilla, terapiapalveluiden avo-fysioterapeutilla ja/ tai kotihoidon hoitajilla. Kaksi kotiutustiimi kokeiluun osallistuneista jäi kotihoidon pysyviksi

asiakkaiksi, molemmilla heillä kuitenkin käynnit olivat lähinnä viikoittain toteutuvia tukipalvelu käyntejä. Kotiutustiimin toimintamallia on havainnollistettu edellä kuviossa 6.

6.4 Tulokset

6.4.1 Asiakkaiden kokemukset kotiutusprosessista ja kotiutustiimitoiminnasta

Kotiutustiimikokeiluun osallistui kolme asiakasta (H1, H2, H3). Kaikki osallistuneet olivat naisia ja yli 84-vuotiaita. He olivat joutuneet sairaalaan äkillisen, odottamattoman sairastumisen takia. Sairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla haastateltavat olivat olleet ennen kotiutumistaan 19–33 vuorokautta. Kaksi osallistuneista oli kuluneen vuoden aikana ollut sairaalahoidossa lyhyen jakson, mutta eri syystä kuin nyt. Kaikki kokeiluun osallistuneet olivat motivoituneita kuntoutumaan ja pääsemään takaisin kotiin mahdollisimman pian. Lisäksi kaikkien omaiset olivat aktiivisesti mukana tukemassa kotiutusprosessissa.

Kotiutus sujui kaikkien haastateltavien mielestä hyvin ja kotiutusajankohta oli sopiva. Yksi haastateltavista kuitenkin koki aikansa tulleen pitkäksi osastolla. Kaikki haastateltavat kokivat kotiutusta edeltäneen kotikäynnin tarpeelliseksi. Yksi haastateltavista nimesi myös apuvälineet ja kodinmuutostyöt sekä kotihoidon käynnit tärkeiksi kotona pärjäämistä tukeviksi asioiksi.

Kaikki haastateltavat kokivat yhteistyön hoidonantajien kanssa positiiviseksi, he kokivat saaneensa mm. kannustusta. Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa vaikuttaa kotiutusajankohtaansa – kaikki myös kokivat, että omaiset huomioitiin kotiutusprosessissa. Yksi haastatelluista kommentoi, että hoitohenkilökunnalla oli usein kova kiire (H3):

”Toki se on toi kun kaikil on kauhia kiiru, et mis on kynä ja misä o teippi ja mikä milloinki oli...”

Toinen koki saaneensa sen, mitä oli olettanutkin. Kaikki kolme vastaajaa olivat kuitenkin tyytyväisiä saamaansa hoitoon kokonaisuudessaan. Kun haastatelluilta kysyt-

tiin kehittämisehdotuksia kotiutusprosessille, kaksi haastateltua totesi, että kaikki potilaatkin ovat niin erilaisia, etteivät osaa antaa kehittämisehdotuksia.

Eri ammattiryhmien käynnit koettiin tärkeiksi: hoitajat neuvoivat ja tekivät konkreettisia hoitotyön toimia, fysioterapeutit ohjasivat mm. liikkumista ja fyysisiä harjoitteita. Yksi haastatelluista (H2) tiivistä kokeilun aikaisen kotona pärjäämisensä näin:

“Se oli tietysti tärkeää, että koko ajan kävi joku, ettei ollut yksin. Siinä oli semmoinen henkinen tuki ja turva”.

Toisaalta yksi haastatelluista (H3) koki, että ensin kaikki (apu) tuntui vieraalta, koska ei ollut aiemmin tottunut käyttämään mitään palveluja.

6.4.2 Miten toiminta kotiutusprosessissa muuttui projektin myötä?

Kotiutusvaiheen toimintamalli säilyi kutakuinkin ennallaan projektista huolimatta, eikä kotiutustiimi toiminta juurtunut käytäntöön. Kuitenkin muutamia käytännön työtä helpottavia ja selkeyttäviä muutoksia otettiin käyttöön: Lifecare-potilashallintajärjestelmään kirjatessa käytetään enemmän rinnakkaisnäkyä vaihtoehtoa eli esimerkiksi fysioterapeutin FYS-lehdelle kirjaama asia saadaan näkymään samanaikaisesti myös kotihoidon hoitajien KHTOTS-lehdellä tai kotisairaalan hoitajien HOI-lehdellä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Millainen on onnistunut kotiutus ikääntyneen näkökulmasta?

Onnistuneeseen kotiutusprosessiin vaikuttaa moni tekijä. Koko kotiutusprosessi pohjautuu siihen, että kotiutumisen suunnittelu aloitetaan heti ikäihmisen tultua osastolle. Suunnittelun tulee olla moniammatillista ja kaiken keskipisteenä tulee olla ikäihminen ja hänen omaisensa. Jokainen ikäihminen on erilainen ja kotiutuksen suunnitteluvaiheessa hänen tilanteensa tulisi selvittää kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja yhdessä ikäihmisen ja hänen omaisensa

kanssa keskustellen sopia esim. kotiutumispäivästä. Itse kotiutusprosessissa korostuu ikäihmisen toimijuuden kokemuksen tukeminen sekä konkreettiset kotona pärjäämistä tukevat keinot. Ikäihmisen toimijuuden kokemus koostuu psyykkis-fyysis-sosiaalisesta osa-alueesta ja sitä tukee mm. itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja ikäihmisen sen hetkiseen tilanteeseen suhteutetut tukitoimet ja omaisten antama tuki. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128; Gabrielsson-Järhult & Nilsen 2016, 135–143; Koponen 2003, 31, 108–114; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 452–453; Palonen, Kaunonen, & Åstedt-Kurki 2016, 66, 69, 70; Pöyry & Perälä 2003, 9, 13–16; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 15–17.) Asiakashaastattelut tukivat tutkimuksissa esiin tulleita asioita ikäihmisten toimijuuden kokemuksesta. Kokeilussa mukana olleet kertoivat saaneensa kannustusta kuntoutusprosessissaan ja saaneensa vaikuttaa esim. kotiutusajankohtaansa. Myös yksilöllisyyden huomioiminen oli kokeiluun osallistuneiden mielestä tärkeää, minkä merkitys tuli esiin tutkimuksissakin. Kaikilla kokeiluun osallistuneilla omaiset olivat aktiivisesti mukana tukemassa ikääntyntä kotiutusprosessissa ja kaikki haastatellut kokivat, että omaisen rooli tuli huomioiduksi prosessin eri vaiheissa. Lähiomaisten rooli kotiutusprosessissa nousee esille myös Koposen (2003, 110) tutkimuksessa. Olennaista on myös asiakkaiden oma motivaatio kuntoutumiseen ja tahto löytää keinoja kotona pärjäämiseen, mikä vaikuttaa suuresti kotiutuksen onnistumiseen.

Konkreettinen kotona pärjäämistä tukeva toiminta kiteytyi projektissa ennen kotiutusta tehtyyn moniammatilliseen kotiarviokäyntiin sekä omaisten ja hoitohenkilökunnan tuomaan henkiseen tukeen, neuvontaan ja ohjaukseen. Kotiutuksen jälkeen asiakkaat kokivat eri ammattiryhmien käynnit tärkeiksi ja ne loivat turvaa kotona pärjäämiselle yhdessä omaisten tuen kanssa. Ikääntyneiden ja hoitohenkilökunnan kontakteissa nousi esille myös kiireettömyyden kokemus, mikä tuli esille sekä kokeiluun osallistuneiden haastatteluissa että Salon, Rauman ja Loimaan kotiutustiimien henkilökunnan haastatteluissa (Henriksson henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2017; Laine henkilökohtainen tiedonanto 16.5.2017; Tuominen henkilökohtainen tiedonanto 7.9.2017). Huomioitavaa oli myös se, että yksi kokeiluun osallistuneista ikäihmistä kertoi kaiken avun tuntuneen aluksi vieraalta, koska ei ollut aikaisemmin tottunut käyttämään mitään palveluja. Myös Gabrielsson-Järhult & Nilsenin (2016, 135–143) tutkimuksessa todetaan, että ikäihminen tarvitsee aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen ja hahmottaa tarvitsemansa tuen ja apujen määrän.

7.2 Miten kotiutusprosessia voidaan tukea, jotta ikääntynyt kokisi itsensä toimijaksi ja olonsa turvalliseksi?

Kotiutusprosessissa ikäihminen tulee huomioida yksilönä, jolla on omanlaisensa elämänhistoria ja joka haluaa, osaa, kykenee, täytyy, voi ja tuntee, kuten Jyrkämä (2008, 195) erittelee. Ikäihmisen omat tavoitteet tulee huomioida ja henkilökunnan tulee työskennellä tukeakseen näiden tavoitteiden saavuttamista. Tässä tärkeässä roolissa on moniammatillinen yhteistyö ja olennaista on selvittää ikäihmisen tilanne ja kotiolosuhteet kunkin kohdalla erikseen. Kotiutusprosessissa yhteistyön asiakkaan ja hänen omaistensa, osaston hoitohenkilökunnan ja kotona hoitoa jatkavan tiimin välillä tulee olla sujuvaa; keskustelun tulee olla avointa. Kaikkea toimintaa ohjaavat asiakkaan muodostamat, mahdollisimman konkreettisesti ja mitattavasti kirjatut tavoitteet. Kotiutusprosessia tukeva henkilökunta ja omaiset sopivat konkreettiset keinot tukea asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa ja nämäkin kirjataan selkeästi tiedoksi kaikille. Onnistuneen kotiutusprosessin tulee olla koordinoitua, eri työntekijöiden ja omaisten vastuualueet tulee olla selvillä ja kirjattuna. Kotiutuvan ikäihmisen toimintakyvyn muutoksia tulee seurata ja arvioida niitä myös kotiutumisen jälkeen ja tarvittaessa lisätä tukea tai muuttaa tavoitteita. (Hammar 2008, 17; Johansson, Eklund & Gosman-Hedström 2010, 101–108; Pöyry & Perälä 2003, 15–16.)

Projektissa mukana olleet asiakkaat kokivat ennen kotiutusta olleen kotikäynnin tärkeäksi. Tällöin suunniteltiin konkreettisia kotona pärjäämistä tukevia toimia kuten tarvittavien apuvälineiden lainaamista ja kodinmuutostöitä, kodin askareiden sujumista tai avuntarvetta niissä. Konkreettinen kotona pärjääminen tai avuntarpeiden määrittely olivat asioita, joita myös Gabrielsson-Järhult & Nilsen (2016, 135–143) tutkimuksessaan nostivat esille ikäihmisiä kotiutushetkellä huolettaviksi asioiksi kotona pärjäämisen näkökulmasta.

Ikäihmisen tukena kotiutusprosessissa on useilla paikkakunnilla kotiutustiimi tai kotikuntoutusyksikkö – henkilöstömäärät, kokoonpanot sekä toiminnan sisältö toki vaihtelevat. Tiimit ovat kuitenkin useimmiten moniammatillisia. Haastateltujen kotiutustiimien henkilökunta (Henriksson henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2017; Laine henkilökohtainen tiedonanto 16.5.2017; Tuominen henkilökohtainen tiedonanto 7.9.2017) piti tärkeänä sitä, että kotiutustiimi toiminta mahdollistaa asiakkaan koh-

taamisen – että on aikaa käyttää asiakkaan kanssa olemiseen, olla läsnä hetkessä sekä kuunnella ja keskustella. Fyysisen toimintakyvyn lisäksi kotiutusprosessissa tulee huomioida myös asiakkaan psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Osa haastatelluista kotiutustiimeistä pystyy toiminnallaan mahdollistamaan asiakkaan kauppa-asiointit olemalla fyysisesti tukena ensimmäisillä kauppakerroilla, mikä luo turvaa ja tukee ikäihmisen toimijuuden kokemusta (Henriksson henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2017; Laine henkilökohtainen tiedonanto 16.5.2017; Tuominen henkilökohtainen tiedonanto 7.9.2017). Myös yksi kokeiluun osallistunut asiakas koki saaneensa käynneistä turvaa ja varmuutta kotona pärjäämiseen. Lisäksi kokeiluun osallistuneet asiakkaat kokivat saaneensa kannustusta ja tukea kuntoutumiseensa koko kotiutusprosessissa mukana olleelta henkilökunnalta.

7.3 Miten Akselissa voidaan kehittää kotiutusprosessin aikaista yhteistyötä asiakkaan, omaisten ja sosiaali- ja terveystalvelujen välillä?

Aiempien tutkimusten perusteella on selkeästi todettavissa, että onnistuneessa kotiutusprosessissa tärkeää on hyvä etukäteissuunnittelu, toimintojen koordinointi sekä ikäihmisen tilanteen ja toimintakyvyn seuranta kotiutumisen jälkeen (Ahonen, Käyhä & Ahvo 2002, 128; Johansson, Eklund & Gosman-Hedström 2010, 101–108; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 452–453; Pöyry & Perälä 2003, 15–16). Projektin myötä suunnitellulla ja kokeillulla toimintamallilla pyrittiin tehostamaan kotiutusprosessin suunnittelua, minkä myötä toiminta kotiutusvaiheessa oli koordinoitumpaa: asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan roolit ja vastuualueet keskusteltiin ja kirjattiin. Projektin puitteissa toteutettiin myös kotiutuksen jälkeistä seurantaasiakashaastatteluiden avulla ja saatu palaute oli varsin positiivisävytteistä. Asiakashaastatteluiden perusteella vaikuttaa siltä, että kotiutustiimitoiminnalla voidaan tukea ikääntyneitä heidän kotiutuessaan vuodeosastolta, vaikka kokeiluun osallistuneiden määrä oli pieni. Vaikka kotiutustiimin toiminta ei juurtunut käytäntöön tämän projektin myötä, ikäihmisten kotiutuksissa on ehdottoman tärkeää jatkossakin kiinnittää huomiota kotiutuksen huolelliseen suunnitteluun, kotiutusprosessin koordinointiin ja seurata sekä arvioida ikäihmisen tilannetta kotona kotiutuksen jälkeisinä päivinä ja viikkoina. Tämä vaatii jatkossakin tiivistä yhteistyötä etenkin vuodeosaston ja kotihoidon välillä. Myös tutkimusten perusteella yhteistyö on tärkeää; se parantaa tiedonkulkua, jol-

loin asiakkaan palveluketjussa mukana olevilla ammattilaisilla on enemmän näkökulmia havaita ikääntyneen elämäntilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja parempi mahdollisuus reagoida näihin muutoksiin nopeasti (Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2002, 49–55; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17–23).

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

8.1 Asiakasnäkökulma

Haastattelu itsessään oli mielestäni toimivin keino kerätä asiakaskokemuksia toiminnasta, sillä näin oli mahdollista tarkentaa kysymystä tai vastaavasti vastausta tarvittaessa. Kyselynä toteutettuna vastausvaihtoehtojen olisi tullut olla avoimet ja vastaukset olisivat voineet olla vielä suppeammat.

Haastattelukysymysten muotoilu oli haastavaa. Nyt kysymykset koskivat yleisesti kotiutusprosessia, sillä kotiutustiimitoiminnasta oli käytännössä mahdotonta ”pelkätään” kysyä, koska asiakkaalla ei ollut varsinaista vertailukohtaa siitä, minkälainen kotiutusprosessi oli ennen projektia. Asiakasnäkökulmasta olisi ollut myöskin mahdotonta ymmärtää, kuka henkilöstöstä kuuluu kotiutustiimiin.

Vaikka kotiutustiimikokeilu toteutui vain kolmen asiakkaan kohdalla, haastattelut tukivat aiempia tutkimustuloksia ja saatiin käsitys siitä, mitä toimintamalleja ja vaiheita tulisi kotiutusprosessissa asiakasnäkökulmasta olla. Saadut vastaukset olivat yleisesti ottaen positiivissävytteisiä. Kaikki haastatellut olivat motivoituneita kuntoutumiseen ja kotiutumiseen ja elämänskatsomukseltaan positiivisia persoonia. Näin he myös itse ottivat ”kaiken irti” saamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta ja kokivat sen myötä kaikki toimenpiteet kotiutusta koskien ylipäänsä positiivisiksi ja itse kotiutusprosessin positiiviseksi. Tämän myötä haastatteluissa ei tullut ehkä esille suoranaisia toiminnan kehittämis ehdotuksiaakaan. Asiakasnäkökulmaan olisi saanut syvyyttä sillä, että kokeilussa olisi ollut mukana enemmän ikäihmisiä, jolloin vastauksiakin olisi tullut enemmän.

8.2 Henkilökunnan näkökulma

Projektipäiväkirjan oli tarkoitus olla koko kotiutustiimin käytössä ja toimia henkilökunnan itsearvioinnin ja kotiutustiimitoiminnan arvioinnin ja kehittämisen välineenä. Lisäksi tarkoituksena oli reflektoida toimintaa työtiiminä yhteisissä palavereissa. Kotiutustiimi-projekti toteutettiin kokonaisuudessaan samalla henkilöstömäärällä, kaiken muun työn lomassa. Koska kokeiluvaiheessa asiakkaita oli vain kolme ja kotiutustiimin hoitajat eivät henkilöstöressurssillisista syistä päässeet osallistumaan kuin yhden asiakkaan jatkosuunnitelmapalaveriin, jäi päiväkirja pelkästään projektivastavaan kirjoituslupalustaksi. Kotiutustiimin hoitajille oli sovittuna kotikäyntejä, mutta ne jouduttiin sairauspoissaolojen ja akuutimpien asiakas tarpeiden vuoksi perumaan. Kokeilun aikana ei pidetty myöskään yhteisiä palaveria kotiutustiimin puitteissa vaan yhteistyötä hoidettiin lähinnä puhelimitse. Osatekijänä tähän oli varmastikin asiakkaiden vähäinen määrä ja se, että kotiutustiimin hoitajat eivät päässet mukaan yhdellekään kotikäynnille. Oletuksena voisi kuitenkin pitää, että hoitajan toteuttama kotikäynti toimintakykyä tukevasta näkökulmasta, asiakkaan voimavaroja tukien ja tavoitteiden saavuttamiseen pyrkien aiheuttaisi haasteita, näkemyseroja ja keskustelua eri ammattiryhmien välillä ja että fysioterapeutin tukea ja vinkkejä tarvittaisiin valtavasti. Hoitajien ydinosaamista on kuitenkin kliininen hoitotyö kun taas fysioterapeutti on liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnin ja ohjaamisen ammattilainen (Kotila ym. 2016, 25; Suomen Fysioterapeuttien www-sivut 2018). Tällöin esim. hoitaja-fysioterapeutti parityöskentely kotikäynneillä tulisi tärkeään rooliin osaamisen jakamisen ja ohjaamisen näkökulmasta. Tällöin hyödynnettäisiin konkreettisesti moniammatillisuutta ja hälvennettäisiin rajapintoja eri ammattiryhmien välillä, jolloin asiakas saisi saumatonta palvelua, mitä mm. vanhuspalvelulaki ja siihen liittyvä laatusuositus korostavat (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/ 2012, 19 §, 20 §; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17). Moniammatillisuuden lisäksi läheinen yhteistyö ja sujuva tiedonkulku ovat saumattoman palveluketjun edellytyksiä (Paasivaara, Nikkilä & Vuottilainen 2002, 49–55; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17–23). Projektipäiväkirjan pito (jossain muodossa) ja yhteiset, säännölliset palaverit koko kotiutustiimin, sen esimiehen ja yhteistyökumppaneiden – tässä tapauksessa kotihoidon ja vuodeosaston – edustajien ja esimiesten kanssa on mielestäni ehdoton edellytys uuden (tai vanhan) toimintamallin kehittämiseksi, kunhan toimintamallista on ensin saatu käytännön

työn kautta kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Tällöin kehittämistyö etenee spiraalinomaisesti, mikä tarkoittaa toiminnan jatkuvaa arviointia ja toimintamallien tarkentamista tai tarvittaessa jopa uudelleen suuntaamista; arviointia tehdään aktiivisessa vuorovaikutuksessa kaikkien toimintaan liittyvien työyksiköiden ja ammattiryhmien edustajien toimesta (Salonen 2013, 14–15).

Henkilökunnan näkemyksiä kotiutustiimitoiminnasta oli tarkoitus selvittää myös yhteistyötahojen eli vuodeosaston, kotihoidon ja avosairaanhoidon henkilökunnan osalta ja työyksikkökohtaisella kyselylomakkeella arvioida uuden toiminnan vaikutuksia. Koska kokeilussa oli kuitenkin mukana vain kolme asiakasta eikä tämän vuoksi tieto kotiutustiimikokeilusta levinnyt kovinkaan kattavasti yhteistyötahoille, kyselylomakkeista ei olisi saatu lisäarvoa eikä kyselyä yhteistyötahoille tämän vuoksi suoritettu.

Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi henkilökunnan arvio projektista jäi siis melko yksipuoliseksi ja niukaksi, sillä projektipäiväkirjaan kirjatut havainnot ja kokemukset olivat lähinnä projektivastaavan kokemuksia, vaikka kokemuksia tuki konkreettinen vaikeus saada sovittua kotiutustiimin hoitajakäyntejä kotisairaalan hoitajien muiden työtehtävien, esim. antibiootti-tiputusten, vuoksi.

8.3 Kehittämiprojektin jatkuvuus ja vaikutukset

Projektisuunnitelmaa tehdessä projektivastaavalla oli liian optimistinen kuva henkilöstöressurssien riittävydestä tähän projektiin. Kotiutustiimitoiminnan aikataulutus oli hyvin haastavaa, koska kotisairaalan aikataulu elää päivittäin. Lisäksi haasteena oli, että juuri esim. antibioottitiputus ajat keskittyvät monesti juuri aamuun, iltapäivään ja iltaan, jolloin usein kotiutustiimiasiakkaan kotonakin tarvittaisiin hoitajaosaamista esimerkiksi lääkkeisiin liittyen. Tämän vuoksi etukäteissuunnittelu ja kotiutustiimi asiakkaan lukujärjestyksen teko oli käytännössä mahdotonta.

Projektin myötä kehitettiin kotiutustiimin toimintamalli ja käynnistettiin kotiutustiimi osana Akselin kotisairaalan toimintaa. Toiminnan juurruttaminen käytäntöön ei kuitenkaan kehittämiprojektin myötä onnistunut. Näinkin pienellä otannalla vaikuttaa

siltä, että kotiutustiimiä on vaikea istuttaa kotisairaalan toiminnaksi, sillä hoitajien työtilanne vaihtelee suuresti parinkin päivän sisällä ja tulevaa työtilannetta on vaikea ennakoida etukäteen. Tämä johti projektissa siihen, että suunniteltuja hoitajakäyntejä ei saatu toteutumaan kotiutustiimin hoitajien toimesta. Nykyinen kotisairaalan henkilöstömäärä ei riitä kotiutustiimitoiminnan toteuttamiseen ainakaan tämän projektin myötä kehitetyllä ja ideoidulla toimintamallilla ja sisällöllä.

Vaikka toimintamalli itsessään ei juurtunut käytäntöön, kirjaamistavat kehittyivät ja yhteistyö kotihoidon kanssa vahvistui. Tämä parantaa tiedonkulkua, koska tarpeellinen liikkumis- ja toimintakykyyn liittyvä asia saadaan hoitajien tietoon nyt helpommin. Lisäksi yhteistyö kotihoidon hoitajien ja fysioterapeuttien kanssa on lisääntynyt; nyt kun vuodeosaston fysioterapeutti toimii myös kotisairaalan fysioterapeuttina, voidaan fysioterapeuttien osalta toimia osin ns. yhtä aikaa asiakkaan asioissa, mikä mahdollistaa akuutti tilanteessa fysioterapeutin kotikäynnit useamman kerran viikossa esim. juuri vuodeosastolta kotiutumisen jälkeisinä viikkoina, koska varsinaista kotiutustiimiä ei palvelumuodoksi nyt kuitenkaan jäänyt.

Kotisairaalan kotiutustiimiprojektin lisäksi Akselin kotihoidolla alkoi keväällä 2018 oma, vastaavantyyppinen pilottinsa nimeltä ”Kuntouttava arviointijakso”. Pilottijakso oli käynnissä 5.3-3.6.2018 ja se perustui soveltuvien osien maakunta- ja SOTE-uudistuksen kotiin vietävien palveluiden - työryhmän suunnitelmaan. Kohderyhmänä olivat kotihoidon uudet asiakkaat, joilla arviointikäynnin perusteella nousi esiin hoidon ja hoivan tarve, päivittäistoimien tuen tai kuntoutuksen tarve. Jakson aikana arviointikäyntejä tehtiin 29 asiakkaalle, joista kotikuntoutusjakson aloitti lopulta 19 asiakasta, näistä 14 asiakasta ohjautui jaksolle osastojakson jälkeen. Normaalista kotihoidon henkilöstömitoituksesta kuntouttavalle arviointijaksolle nimettiin neljä lähihoitajaa sekä kotihoidon kaksi fysioterapeuttia – toki aiempaan tapaan mm. arviointikäyntejä tekivät myös kotihoidon sairaanhoitajat ja geronomi. Etenkin arviointikäynnit pyrittiin tekemään moniammatillisena yhteistyönä, mutta moniammatillisuus korostui myös jakson aikana toteutuneissa asiakaskäynneissä. Fysioterapeutti kävi kuntouttavalla arviointijaksolla lähes kaikkien asiakkaiden luona. Lähihoitajien käyntejä oli 13 asiakkaalla ja geronomien käyntejä 16 asiakkaalla. Konsultaatiotarvetta oli yli puolen kohdalla mm. sairaanhoitajalla, lääkärille, sosiaalityöntekijälle, muistihoitajalle, päihdehoitajalle, diabeteshoitajalle. Asiakkaiden jaksojen pituus oli

7-32 vuorokautta, käyntimäärät vaihtelivat yksittäisten asiakkaiden kohdalla 1–39 käynnin välillä. Jaksolle osallistuneista 19 asiakkaasta kymmenen pärjäsi jakson jälkeen ilman kotihoidon palveluita. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2018, 1–9.)

Ongelmana sekä kotihoidon kuntouttava arviointijakso –pilotissa että kotisairaalan kotiutustiimiprojektissa oli se, että nämä uudet toimintamallit ja niiden sisäänajo toteutettiin samalla henkilöstöresurssilla kuin ennenkin, kaiken muun työn lomassa. Kotisairaalan hoitajaresurssi ja tilanteiden äkillinen vaihtuvuus tai kotihoidon normaalista hoitajaresurssista irrotettu arviotiimi ei mahdollista kotiutustiimin tai kuntouttavan arviointijakson tavoitteellista toimintaa. Kuten kotihoidon kuntouttavan arviointijakson raportissa todettiin, aika- ja henkilöstöresurssia olisi tarvinnut olla enemmän (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2018, 7–8). Nyt molemmissa projekteissa henkilöstö oli irrotettu tehtävään oman perustyönsä ohella. Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja arvioiminen vaatii kuitenkin myös henkilöstöltä erilaista panostusta, osin omien työtapojen kehittämistä, mutta myös konkreettisesti enemmän asiakasta kohden käytettävissä olevaa aikaa, kuin nyt kummassakaan pystyttiin käyttämään. On mahdotonta käynnistää ja toteuttaa täysin uutta toimintamallia asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti, jos toteutukseen ei saada lisää henkilöstöresursseja. Tehokas kotiutus- ja kotona pärjäämisen tukijakso vaatii, asiakkaasta riippuen, jopa tunnin mittaisia käyntejä muutaman kerran päivässä usean viikon ajan. Tämän tyyppinen toimintamalli olemassa olevalla henkilöstöresurssilla toteutettuna syö asiakasaikaa muilta asiakailta. Lisäksi kumpaankaan projektiin ei voitu määrittää toimintaterapiaresurssia toimintaterapian vähäisestä henkilöstöresurssista johtuen. Toimintaterapeutin näkökulman ja ammattitaidon tulisi kuitenkin olla osa moniammatillista kotikuntoutusta (Holmberg 2018).

8.4 Kehittämiprojektin luotettavuuden arviointi

Luotettavuuden näkökulmasta projektissa olisi ollut paljon kehitettävää riskien hallinnan näkökulmasta. Nyt molemmat riskeiksi todetut asiat; asiakkaiden puute ja kotiutustiimin jäsenten välisen viestinnän toimimattomuus/ yksipuolisuus olivat tiedostettuja, ja niiden toteutumisen pienentämiseksi oli suunniteltu toimenpiteitä, mutta ne toteutuivat tästä huolimatta. Suurimpana syynä tähän oli jo aiemmin todettu projekti-

vastaavan liian optimistinen kuva henkilöstöressurssien riittävydestä tähän projektiin. Tämän myötä kokeiluun ei voitu ottaa enempää asiakkaita, koska käyntejä ei olisi normaalien työtehtävien ohella ehtinyt suunnitella saati toteuttaa projektissa kehitetyn toimintamallin mukaisesti.

9 POHDINTA

Monissa Akselin ympäristökunnissa, viimeisimpänä mm. Naantalissa ja Raisiossa, on kehitetty ja käynnistetty vuosien 2017 – 2018 aikana kotikuntoutus-mallia, jossa olennaisena osana toimintaa on ikäihmisen palvelutarpeen arviointi ja kuntoutus. Tätä varten on perustettu uusia toimia, eli henkilöstöressursseja on lisätty uutta toimintaa varten. Toimintamalli on molemmissa moniammatillinen: Naantalissa tiimi koostuu sairaanhoitaja-fysioterapeutti työparista, Raisiossa lähihoitajista ja kotikuntoutusavustajista sekä fysio- ja toimintaterapeuteista, muistikoordinaattorin ja psykiatrisen sairaanhoitajan toimesta. (Raision kaupunki 2018; Naantalin kaupunginhallituksen pöytäkirja 15.1.2018, 1 §.) Jos siis kotiutustiimin toimintamallia haluttaisiin Akselissa ottaa käyttöön ja kehittää, tulisi henkilöstöressursseja lisätä ja perustaa uusi työtiimi, jossa ympäristökuntien toimintamallin mukaan olisi sekä lähi- ja/ tai sairaanhoitajia, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja lääkärin konsultaation mahdollisuus. On mahdotonta käynnistää ja toteuttaa täysin uutta toimintamallia asiakaslähteisesti ja kustannustehokkaasti, ilman siihen erikseen määriteltyä henkilöstöressursseja. Tehokkaan kotiutus- ja kotona pärjäämisen tukemisjakson ideana on tarjota asiakkaalle ja omaisille aikaa, tukea ja ohjausta kotiympäristössä. Toimintamallin suhde esim. kotihoitoon tulisi myös määrittää, sillä esim. Raisiossa kotikuntoutusyksikkö ja kotihoito toimivat osin yhtä aikaa asiakkaan asioissa (Raision kaupunki 2018). Koska toimintamalli liittyy niin kiinteästi kotiin tuotaviin palveluihin ja etenkin kotihoitoon, sen mahdollinen kehittäminen ja käyttöönotto Akselissa soveltuisi mielestäni parhaiten ikäihmisten palvelulinjan kehittämiskohteeksi.

On kuitenkin huomioitava, että kotiutustiimin toimintamallissa on paljon kriittisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat välittömään asiakastyöhön, palvelun laatuun ja vaikutta-

vuuteen niin asiakkaiden tavoitteiden saavuttamisen kuin ikäihmisten palveluiden kustannusten hillitsemisen näkökulmasta. Kotiutustiimi-tyyppinen toiminta tarvitsee työntekijöikseen toimintakykyä tukevan hoitotyön osaajia, toimintaa kannattavaa ja edelleen kehittävää fysio- ja toimintaterapeutti työparia, lääkärin konsultaatiomahdollisuutta sekä kaikilta paljon halua ottaa vastuuta omasta ja tiimin yhteistoiminnasta tukeakseen asiakkaiden tavoitteiden saavuttamista. Tiimin sisällä tarvitaan avointa keskustelua, osaamisen jakamista, rohkeutta ja halua tehdä työtä tavoitteellisesti ja vaikuttavasti. Tulosten arvioinnin ja toiminnan kehittämisen tulee olla jatkuvaa ja sitä tulee tehdä niin asiakkaiden ja omaisten kuin yhteistyötahojen näkökulmat huomioiden. Uuden toimintamallin tulisi optimillassa linkittyä organisaation jo olemassa olevaan toimintaan niin, että asiakas kulkisi palveluketjussa ilman, että edes huomaisi toimijoiden tai palvelulinjojen vaihtuvan. Asiakkaan tavoitteiden ja toimintakykyä tukevan näkökulman tulisi ohjata kotiutustiimin ja yhteistyötahojen toimintaa yhdessä ja erikseen. Tällöin toiminnalla olisi pitkäaikaisseurannassa edellytyksiä saada aikaan myös kuntapäätäjien toivomia säästöjä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

LÄHTEET

Ahde-Koponen, J. & Saarinen, M. 2016. Yhteisvoimin kotona – ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen 2014-2016 kehittämishanke. Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän kehittämisosion loppuraportti 1.1.2014-31.10.2016. Viitattu 10.2.2016. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet/yhteivoiminkotona/PoSa1/PoSa%20loppuraportti.pdf>

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 128–132. Oppaita 49.

Gabrielsson-Järhult, F. & Nilsen, P. 2016. On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016: 30, 135–144. Viitattu 15.5.2017. <https://www.ebscohost.com>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 25.11.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>

Henriksson, M. 2017. Fysioterapeutti, Rauman kotiutustiimi. Puhelinhaastattelu 2.6.2017. Haastattelijana Hanna-Maaret Kuusisto. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Heikkinen, E. 2000. Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa Heikkinen, E. & Tuomi, J. (toim.) Suomalainen elämäntyyli. Helsinki: Tammi, 216–234.

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. 2. painos. Helsinki: Tammi, 13–34.

Heikkinen, H. 2018. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 215–230.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, K. 2018. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry:n asiantuntijalausunto STM:lle kotikuntoutuksen palvelukuvausta koskien. Viitattu 16.12.2018. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/ajankohtaista/kotikuntoutuksenpalvelukuvaus/>

ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Viitattu 13.10.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>

Johansson, G., Eklund, K. & Gosman-Hedström G. 2010. Multidisciplinary team, working with the elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 17: 101–116. Viitattu 15.5.2017. <https://web-b-ebshost-com>

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–217.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehikseksi. *Gerontologia* 4/ 2008, 190–203. Viitattu 4.7.2018. <http://elektra.helsinki.fi.lillukka.sank.fi>

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2014a. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2014b. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 974.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Raportissa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 24–90. Viitattu 5.7.2018. https://vnk.fi/documents/10616/622938/J3304_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+voimavarana.pdf/7660c14f-763b-485e-9a56-eff59c1bfd7c?version=1.0

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Raportissa Martelin, T. & Kuosmanen, N. (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/ 2007, 15–25. Viitattu 5.7.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193285>

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Mertoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 16.12.2018. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoidajamuuttaa-sote-palveluita.pdf>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu 5.7.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Laine, A. 2017. Fysioterapeutti, Loimaan kotihoidon intensiivitiimi. Puhelinhaastattelu 16.5.2017. Haastattelijana Hanna-Maaret Kuusisto. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/ 980.

Lehmus, R. 2016. Kotikuntoutuksen kehittämisen vaiheet Eksotessa 2010–2016. Teoksessa Timperi T. (toim.) Kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja. Osallisuutta ikäihmisten arkeen ja kotihoitoon. Lappeenranta: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, 12–16. Viitattu 5.7.2018. http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote_kotikuntoutuksen_ka%CC%88sikirja_210x270mm_NETTI.pdf

Loimaan kaupungin perusturvalautakunnan pöytäkirja 28.2.2017. Viitattu 16.5.2017. <http://loimaa.tjhosting.com/2009/cgi/DREQUEST.PHP?page=meeting&id=201710596>

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Tammi.

Naantalın kaupunginhallituksen pöytäkirja 15.1.2018. Viitattu 27.9.2018. <http://aleksis.naantali.fi/poytakirjat/kokous/20182865-1.PDF>

Paasivaara, L., Nikkilä, J. & Voutilainen P. 2002. Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 49–56. Oppaita 49.

Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Opas 16. Viitattu 9.3.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana. Gerontologia 30 (2), 63–77.

Perusturvakuntayhtymä Akseli. Kuntouttava arviointijakso. Pilotti 5.3.2018 – 3.6.2018.

Perusturvakuntayhtymä Akselin palvelutasosuunnitelma vuosille 2013–2016. Viitattu 27.5.2018.

<http://www.soteakseli.fi/uploads/PTS%20valtuustojen%202014%20hyv%C3%A4ksym%C3%A4.pdf>

Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2016 ja taloussuunnitelma vuosille 2017–2018. Viitattu 28.6.2018.

<http://www.soteakseli.fi/uploads/TA%202016.PDF>

Perusturvakuntayhtymä Akselin talousarvio vuodelle 2017 ja taloussuunnitelma vuosille 2018–2019. Viitattu 27.5.2018.

http://www.soteakseli.fi/uploads/Akseli_TA2017_YH_28%209%202016%20kunnille.pdf

Perusturvakuntayhtymä Akseli tilinpäätös 2015. Viitattu 28.6.2018.

<http://www.soteakseli.fi/uploads/TP2015%20yhtym%C3%A4hallitus%2025.2.2016.pdf>

Perälä, M. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes. Aiheita 29/ 2003.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 448–453.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palvelujen saumakohdissa. Aiheita 18/ 2003. Viitattu 12.5.2017.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194201>

Raision kaupunki 2018. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen asiakasmaksut

2018. Viitattu 27.9.2018. [http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-](http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/fi_FI/ikaihmissen-palve-)

[sosaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/fi_FI/ikaihmissen-palve-](http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/fi_FI/ikaihmissen-palve-)

[lut/_files/99484285971796036/default/Asiakasmaksut_hoito%20ja%20hoiva%20versio%201.pdf](http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/fi_FI/ikaihmissen-palve-lut/_files/99484285971796036/default/Asiakasmaksut_hoito%20ja%20hoiva%20versio%201.pdf)

Rauman kaupungin www-sivut. Viitattu 1.6.2017. <https://www.rauma.fi>

Rydeman, I. & Törnqvist, L. 2006. The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1299–1307. Viitattu 4.5.2017.

<http://www.ovid.com>

Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Keuruu: Printek.

Salon kaupungin www-sivut. Viitattu 6.9.2017. <http://www.salo.fi/>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. Viitattu 30.8.2018.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

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

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33–58

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2011:1. Viitattu 7.5.2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>

Suomen Fysioterapeuttien www-sivut. Viitattu 16.12.2018.
<https://www.suomenfysioterapeutit.fi>

Tampereen kaupungin www-sivut. Viitattu 12.3.2017. www.tampere.fi

Tampereen kaupungin www-sivut. Viitattu 2.9.2018. www.tampere.fi

Tampereen kaupungin kotiutustiimin tiedote 30.5.2018. Viitattu 2.9.2018.
https://www.tampere.fi/tiedostot/k/ALv4KH2VR/Kotiutustiimi_tiedote.pdf

Tilastokeskuksen www-sivut. Viitattu 5.7.2018 ja 13.10.2018.
<http://www.tilastokeskus.fi>

Tuominen, T. 2017. Tiiminvastaava, Salon kotiutustiimi. Puhelinhaastattelu 7.9.2017. Haastattelijana Hanna-Maaret Kuusisto. Muistiinpanot haastattelijan halussa.

Vesaranta, H. 2014. Asiakaslähtöisyydestä elämänlähtöisyyteen. Kotikuntoutuksen kehittäminen 2014 loppuraportti. Tampereen kaupunki. Viitattu 9.2.2016.
http://www.tampere.fi/liitteet/k/naEYluK0q/kotikuntoutus_loppuraportti_.pdf

Viitikko, T. 2016. Keskitetyn kotiutuksen tilanne Eksotessa 2015. Teoksessa Timperi T. (toim.) Kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja. Osallisuutta ikäihmisten arkeen ja kotihoitoon. Lappeenranta: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, 17–19. Viitattu 5.7.2018.
http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote_kotikuntoutuksen_ka%CC%88sikirja_210x270mm_NETTI.pdf

Viitikko, T & Lehmus, R. 2017. Integroitu palvelupolku ja asiakkuuden johtaminen. Raportissa Tepponen, M., Viitikko, T., Laasonen, K., & Behm, M. Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017, 19–29. Viitattu 5.7.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-456-6>

Vilka & Airaksinen 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 38–42. Oppaita 49.

Zakzesky, D., Klink, K., McAndrew, N., Schroeter, K. & Johnson, G. 2015. Bridges and Barriers. Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit. *Journal of Trauma Nursing* . Volume 22. Number 5. 232–239. Viitattu 16.5.2017. <https://web-b-ebscobhost-com>

VUODEOSASTOLTA KOTIUTUVAN POTILAAN HOITOPOLKU ERI AMMATTIRYHMIEN TYÖNKUVAUKSENA

Osastolla tapahtuvaa hoitoa ohjaa potilaan kuntoutumisentarve. Hoidon tulee olla potilaan toimintakykyä tukevaa, jossa keskeistä on toimintakykyä tukeva työote, hyvä ravitsemus, hyvä sairauksien hoito, sosiaalisten asioiden selvittely ja monipuolinen toimintakykyä kohentava harjoittelu. Tärkeää kaikessa hoidossa on toimiva ja oikea-aikainen moniammatillinen työskentely ja hyvä tiedonkulku. Kaikkeen toimintaan tulee liittyä tiedottaminen ja ohjaus (joko suullisesti tai kirjallisesti) potilaalle ja/ tai omaiselle.

Potilaan kotiutusajankohtaa arvioidaan ja suunnitellaan moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti/ kuntohoitaja) yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Pyrkimyksenä on löytää yhtenäinen näkemys siitä, millä tasolla potilaan toimintakyvyn tulee olla, jotta hän selviytyy kotona itsenäisesti tai apujen turvin. Mikäli apuvälineitä tai kodin muutostöitä tarvitaan, niiden on oltava valmiina ennen kotiutumista. Monitahoisemmissa tapauksissa järjestetään osastolla hoitopalaveri ja/ tai kotikäynti. Palaverissa/ kotikäynnillä suunnitellaan tarvittavat kotiavut sekä muu potilaan kotona selviytymistä tukeva toiminta. Mikäli omainen osallistuu potilaan hoitoon, on sen tavoista ja toteutuksesta sovittava palaverissa. Tarvittava jatkokuntoutus aikatauluihin ja toteuttamistapoihin sovitaan myös ja annetaan potilaalle tiedoksi. Palaverissa päätetään lopuksi kotiutumisaikajankohdasta.

Kun potilas on kotiutumassa osastolta:

- Lääkäri tarkistaa lääkitykset ja lääkelistan ja tekee tarvittavat reseptit, kirjaa YLE-lehdelle potilaan loppuarvion ja jatkosuunnitelmat, tekee tarvittavat lausunnot ja todistukset. Lääkäri arvio jatkohoidon tarpeen ja mahdolliset jatkoasumismuodot.
- Hoitaja ilmoittaa kotiutumisesta tarvittaville yhteistyötahoille (omainen, kotihoidon työnjakaja, potilaan palvelutalon/ vanhainkodin asumisyksikön vastaava sairaanhoitaja). Informoidaan potilaan sen hetkisestä lääkityksestä, toimintakyvystä (liikkumi-



nen/ apuväline tarve, ohjauksen/ avustuksen tarve päivittäisissä toimissa kuten wc-käynneillä, syömisessä, pukemisessa/ riisumisessa, pesuissa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa). Hoitaja sopii kotiutumisaajan ja tilaa Kela-keskuksen kautta taksin potilaalle tai sopii kotiutumiskyydin aikataulusta, jos omainen hakee potilaan osastolta kotiin. Tarvittaessa potilaan mukaan jaetaan seuraavana päivän tarvittavat lääkkeet, jotta esim. kotihoito ehtii reagoida mahdollisiin lääkemutoksiin. Potilaan hoitoyhteenveto kirjataan valmiiksi ja tulostetaan mukaan. Kaikki potilaan tilanteeseen liittyvät ohjeet kuten TYKS:n jatkokontrollit, mahdolliset kuvantamistarpeet, tikkien hoito-ohjeet, hoitoyhteenveto, jaetut lääkkeet ym. laitetaan siirtokuoreen, joka annetaan potilaan mukaan hänen kotiutuessaan. Lopuksi potilas kirjataan ulos osastolta.

- Fysioterapeutti/ kuntohoitaja varmistaa, että potilaalla on mukanaan tarvittavat apuvälineet kotona pärjäämistä ajatellen. Tarvittavat jatkokontrollit on sovittu avopuolen tai kotihoidon fysioterapeutin kanssa ja ajat annettu potilaalle tai laitettu siirtokuoreen. Myös palveluasumisen tai vanhainkodin fysioterapeuttia informoidaan potilaan siirtymisestä ja fysioterapiatarpeesta. Jos potilaan toimintakyky on olennaisesti muuttunut aiemmasta, tulostetaan potilaan FYS-lehti mukaan siirtokuoreen kotihoidon hoitajia varten.

Huomioita:

- Ennakoidaan tulevat kotiutukset hyvissä ajoin: etenkin uusien kotihoidon asiakkaiden kohdalla tai jos palvelutarpeeseen on tullut osastojakson aikana paljon lisätarvetta -> yhteistyöpalaverit kotihoidon hoitajien, sosiaaliohjaajan, SAS-koordinaattorin kanssa, osastolta mukaan hoitaja ja/ tai fysioterapeutti.

SIIRTOKUORI

KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA (rasti ruutuun, kun kohta on huomioitu)

Potilaan nimi: _____ Synt.aika _____

Varattu kuljetus potilaalle. Pvm _____ klo _____
 Ilmoitettu potilaan omaiselle
 Ilmoitettu vastaanottavaan yksikköön. Yksikkö: _____ Pvm. _____

Lääkehoito:

Ajantasainen lääkelista tulosteena
 Marevankortti/antikolista
 Injektion pisto-opastus annettu
 Tarvittavat reseptit
 Lääkkeet jaettu mukaan siirtokuoreen

Jatkohoito:

Jatkotutkimukset (labrat, INR, röntgen) on ohjelmoitu ja informoitu vastaanottavaan yksikköön
 HOIYHT loppuarvio tulosteena
 Jatko-ohjeistus (kipsin poisto, haavanhoito ym.) suullisesti ja kirjallisesti

Todistukset:

Matkatodistus (taksilappu)
 Tarvittaessa todistukset lainatuista hoitotarvikkeista, apuvälineistä (lainaussopimus).

Muuta huomioitavaa:

Tarkistuslista valmis

Kotiutumisesta vastaava hoitaja: _____

Kotiuttavan yksin tiedot
 PTKY Akseli, Maskun vuodeosasto
 Puhelin: 044 4357 713

KYSYMYKSIÄ MUILLE KOTIUTUSTIIMEILLE

- Milloin kotihoito ottaa asiakkaan vastaan kotona kotiutuessa versus kotiutus-tiimi?
- Käyvätkö kotiutustiimin henkilökunta esittäytymässä osastolla?
- Kotiutustiimi toiminnan asiakasmaksu?
- Minkä pituinen kotiutustiimin toiminnan kesto asiakasta kohden on? Kuinka monta käyntiä per päivä vai asiakaskohtaisesti? Onko käynneillä maksimi kesto vai asiakkaan mukaan? Voidaanko lähteä esim. asiakkaan mukana kauppareissulle taksilla?
- Onko fysioterapeutti/ toimintaterapeutti töissä viikonloppuisin vai vain virka-aikana, onko liukuvaa työaikaa?
- Millainen työnjako on esim. fysioterapeuttien/ toimintaterapeuttien ja hoitajien välillä?
- Huomioidaanko kotiutumista paremmin kotiutustiimitoiminnan käynnistyttyä jo asiakkaan ollessa osastohoidossa?
- Miten fysioterapeutti/ toimintaterapeutti on markkinoinut toimintakykyä tukevaa hoitotyötä kotiutustiimin hoitajille? Koulutuksia, keskustelua...?? Miten viety hyvät ideat arkeen ja käytännön työhön? Onko vetovastuu ollut hoitajalla vai terapeuteilla kotiutustiimitoiminnassa?
- Miten käynnit aikataulutettu kotihoidon ja kotiutustiimin työntekijöiden osalta ja mitä kotiutustiimi tuo lisää asiakkaalle versus kotihoidon käynnit? Aika (ulkoilu, ruuanlaitto, pihanhoito, kaupassa käynti asiakkaan kanssa taksilla), kuunteleminen? Onko tehty selkeää työnjakoa kotihoidon ja kotiutustiimin välille? Onko kotiutustiimin hoitajia koulutettu viriketoimintaan tai onko tälle koettu tarvetta? Kuinka paljon tehdään spontaanisti asioita kotiutustiimin toiminnan puitteissa?
- Miten siirretty vastuuta kotihoidolle ja kotihoidon fysioterapeutille? Vai avo-fysioterapeutille?

KOTISAIRAALAN KOTIUTUSTIIMI KOKEILUN TOIMINNANPERIAATTEET

20.9.2017 ideariihii 2: kotiutustiimin toimintamallien ja yhteistyötapojen koordinointi paikalla: Eija Mäkilä, Elina Salonen, Jaakko Pelkonen, Tomi Mieheliä, Sirpa Levy, Merja Lindström, Hanna-Maaret Kuusisto

Kotisairaalan kotiutustiimi projektin toiminnan periaatteita:

- 1) Kotiutustiimin asiakas on vuodeosastolta kotiutuva ikäihminen, jonka toimintakyky on selkeästi heikompi aiempaan verrattuna ja joka tarvitsee tehostettua tukea kotona pärjäämiseen. Kotiutustiimillä on vain yksi kotiutuva asiakas kerrallaan. Kotiutustiimi jakso on max. 2 viikon mittainen, pituus suunnitellaan asiakas-kohtaisesti. Tavoitteiden toteutumisen arviointia tehdään moniammatillisesti n. 3 pvän välein arvioiden myös jakson kestoa. Kotiutustiimin puitteissa käynnejä 1-3 x/ vrk, käynnin pituus +/- 1h (sovitaan asiakas-kohtaisesti), lisäksi asiakkaan luona käy tarvittaessa kotihoito ja kotihoidon fysioterapeutti.

- 2) Kotihoito ja kotisairaalan kotiutustiimi toimivat asiakkaan asioissa yhtä aikaa, koska kyseessä on kokeilu ja on varmistettava, että asiakas saa tarvitsemansa avut kotiin eikä ”jää tyhjänpäälle” (HUOM! Kh:n pitkäaikaisasiakkaalle kotisairaalan kotiutustiimi toiminta on ilmaista, kh:n tilapäisasiakkailta menee normaali kotisairaalan vuorokausi maksu, ilman kotihoitoa kotiutuvilta menee myös normaali kotisairaalan vuorokausimaksu)
 - a) Kotisairaalan kotiutustiimi keskittyy enemmän asiakkaan arjen tukemiseen ja asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen yhdessä tekemällä/ ohjaamalla: ideana että asiakkaalle annetaan aikaa tehdä ja kokeilla tekemistä itse. Käynneillä esim. harjoitellaan puuron keittoa, aamupalaleipien tekoa, tiskaamista, ulkoilua, tilanteen mukaan kauppaan lähtö taksikyydillä + kauppa-asioden hoito + kotiin tullessa kauppatavaroiden purkua jne, mikä sitten asiakkaalle onkin tärkeää ja tavoittelemisen arvoista. Käyntien suunnittelussa hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan myös kotihoidon fysioterapeutteja.

3) Osaston eli kotiutustiimin ft valikoi osastolta kotiutuvista em. kriteerit täyttävät potentiaaliset asiakkaat (ja pyytää heitä osallistumaan projektiin, allekirjoituttaa tutkimusta varten tarvittavat suostumuspaperit ym.) ja selvittää asiakkaalle ja omaisille toiminnan kulun ja pääperiaatteet

4) Ennen potilaan kotiutumista pidetään osastolla hoitopalaveri (max. 1h) asiakkaan, omaisen, kh:n (geronomi/ hoitaja ja alueen ft), osaston eli kotisairaalan ft:n ja kotisairaalan hoitajan kesken. Hoitopalaverin keskustelun runkona toimii kotihoidon ”Arjen toiminnot” –lomake, joka tuo arviointiin jatkuvuutta kotiutustiimin jälkeenkkin kotihoidon toteuttamana arviointina. Osaston ft pyrkii jo alustavasti täyttämään asiakkaan ”Arjen toiminnot” –lomaketta asiakkaan ollessa vuodeosastolla, ja kirjaamaan mm. tämän pohjalta nousevat tavoitteet ylös.

a) Tehdään kirjallinen yhteenveto asiakkaan tavoitteista (mahdollisimman konkreettiseen muotoon, kuten ”tavoitteenani on tehdä aamupalavoileipäni itse” tai ”tavoitteenani on pystyä liikkumaan sisätiloissa ilman rollaattoria”) ja avun tarpeista (lääkehoito – tarvitseeko lääkkeenottoapua/ varmistusta vai tarvitaanko vain lääkkeiden jakoapu, pesuapu, ruoka-apu – tarvitseeko varmistusta, että myös aloittaa syömään ym.), joiden pohjalta suunnitellaan asiakkaalle lukujärjestys (exel-taulukko) seuraavaksi 2 viikoksi

i) Lukujärjestykseen merkitään käyntiajat ja kuka toteuttaa käynnin, myös omaisen ja asiakkaan oma osuus kirjataan!

HUOM! Fysioterapeutit eivät saa antaa asiakkaalle lääkettä dosetista eli jos asiakas tarvitsee apua lääkkeen otossa tiettyyn kellonaikaan, täytyy kotihoidon tai kotisairaalan kotiutustiimin käynti suunnitella hoitajan tekemäksi.

HUOM! Jos esim. kotisairaalan hoitajien työmäärä äkillisesti lisääntyy, täytyy kotiutustiimikäynnille sovitun hoitajan delegoida asiakaskäynti esim. kotihoidolle, kotihoidon tai kotisairaalan ft:lle, jotta suunniteltu käynti saadaan edes jossain muodossa toteutettua ja asiakkaan perustarpeet hoidettua (huomioiden mahdollinen lääkehoidon tarve, silloin tarvitaan käynnille hoitaja!).

ii) Kun alussa asetetut tavoitteet saavutetaan ja asiakas vaikuttaa tulevan hyvin toimeen kotona vähemmälläkin tuella, voidaan kotiutustiimin käynnejä ensin harventaa ja sitten lopettaa jo ennen 2 viikon päättymistä koko työryhmän (asiakas, omainen, kh hoitajat/ ft, kotisairaalan hoitajat/ ft) yhteispäätöksestä.

b) Asiakkaan tavoitteiden pohjalta suunnitellaan kotiutustiimin käyntien sisältöä eli kirjataan arjen askareita, joissa asiakas tarvitsee avustusta/ tukea/ ohjausta tällä hetkellä, jotka ovat ennen sairastumista onnistuneet omatoimisesti. Myös asiakkaan oma rooli ja aktiviteetit sekä omaisen osuus kuntoutumisprosessissa kirjataan ylös (-> mitä asiakkaan odotetaan kykenevän tekemään omatoimisesti käyntien välillä, missä toimissa hän saa tukea omaiseltaan ja minä päivinä?)

i) Asiakkaan kykyä suoriutua toimista arvioidaan kotiutustiimin, kotihoiton ja kotihoidon ft:n osalta mm. seuraavasti: miten toiminto sujui (itsenäisesti/ ohjattuna/ varmistettuna/ avustettuna)? -> missä osioissa toimintaa tarvittiin avustusta ja mikä sujui omatoimisesti?, mikä oli vielä vaikeaa eli mitä tulee harjoitella vielä lisää? ESIM: ”Asiakas pystyi kulkemaan ulkoportaat alas- ja ylöspäin kaiteen tuella varmistettuna” tai ”asiakas keitti kahvia keittiön pöytätasoista tukea ottaen ja kulki keittiössä muutaman metrin matkoja ilman apuvälinettä – tarvitsee kuitenkin tällöin varmistuksen, koska kävely ilman apuvälinettä on vielä niin epävarmaa” tai ”asiakas pystyy kulkemaan portaat yläkertaan kaiteen tuella omatoimisesti, alaspäin tullessa tarvitsee avustusta jalkojen siirrossa”.

ii) Ft:t kirjoittavat asiakkaan kotona olevaan reissuvihkoon vinkkejä, miten asiakasta tulisi tukea arjessa auttamatta kuitenkaan liikaa. ESIM. ”Anna asiakkaan itse etsiä voileivänteko tarvikkeet jääkaapista, älä anna niitä pöydälle valmiiksi, Muistuttele tarvittaessa, mitä ruoka-aineita vielä puuttuu leivän teosta. otitko jo juuston? Missä se onkaan täällä jääkaapissa?”

iii) Jokainen ammattiryhmä kirjaa omalle lehdelleen hyödyntäen rinnakkaisnäkömää (HUOM! Kh hoitajien kirjaamisotsikot ja rinnakkaisnäkömään kirjaaminen rajallista mobiilin kanssa kirjatessa!) Kaikki fysioterapeutit kirjaavat TERAPIA -> FYS-lehdelle, kotisairaalan hoitajat HOITOTYÖ -> HOI-lehdelle, kotihoidon hoitajat kirjaavat KOTIHOITO -> KHTOTS-lehdelle.

5) Kotiutustiimi jakson päätyttyä kotisairaalan ft haastattelee tutkimukseen osallistuneet asiakkaat tutkimustaan varten, tavoitteena kehittää toimintaa asiakaslähtöisempään suuntaan

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Hei,

teen projektimuotoista opinnäytetyötä Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmaan kuuluvina opintoina ja osana perustyötäni fysioterapeuttina. Projektin tavoitteena on tukea iäkkäiden, paljon palveluja tarvitsevien, asiakkaiden kotiutumista käynnistämällä kotiutustiimitoiminta osana Akselin kotisairaalan toimintaa. Tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä kotiutustiimitoiminnasta, jotta voimme kehittää toimintaamme edelleen asiakaslähtöisempään suuntaan.

Tutkimus toteutetaan yksilohaastatteluina. Haastattelutilanteet äänitetään ja ainoastaan minä opinnäytetyötekijänä kuuntelen ja kerään tiedot äänitteistä. Kaikki tallenteet ja tiedot hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön raportissa ei tule esiin kenenkään haastatellun tietoja yksilöidysti niin, että tiedoista voisi tunnistaa yksittäisen henkilön. Haastattelun voi halutessaan keskeyttää.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tämän kirjeen mukana on suostumuslomake, jonka allekirjoittamalla suostut osallistumaan haastattelututkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta millään tavalla kuntoutukseesi. Jos sinulla tulee kysyttävää haastatteluun tai opinnäytetyöhöni liittyen, voit ottaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin,

Hanna-Maaret Kuusisto

Fysioterapeutti/ Perusturvakuntayhtymä Akselin vuodeosasto, avo-fysioterapia ja kotisairaala

puh. 044-435 7794 (työ)

hanna-maaret.kuusisto@soteakseli.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimus on projektimuotoinen opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmassa. Tutkimuksen kohdejoukkona ovat vuodeosastolta kotiutuvat, yli 65-vuotiaat ikäihmiset, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut selkeä muutos ja jotka tarvitsevat lisätukea kotiutumiseensa vuodeosastojakson jälkeen.

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu toteutetaan tutkittavan kotona eikä vaadi haastatteluun osallistuvilta erityisjärjestelyitä. Haastatteluista saatua materiaalia käsitellään vain opinnäytetyön tekijän kotona ja ainoastaan hän kuuntelee ja käsittelee tallennettua materiaalia. Opinnäytetyön raportoinnin jälkeen haastatteluista saadut tallenteet hävitetään asianmukaisesti eikä niistä jää tallenteita edes opinnäytetyön tekijälle. Haastateltavien tunnistetietoja ei anneta muille tahoille eikä opinnäytetyöstä voi tunnistaa yksittäisiä henkilöjä.



Allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen annan opinnäytetyön tekijälle luvan käyttää haastattelussa nauhoitettua materiaalia tutkimustarkoitukseen.

Suostun osallistumaan opinnäytetyön tutkimusaineiston keräämistä varten toteutettavaan teemahaastatteluun, joka toteutetaan yksilöhaastatteluna. Lisäksi annan luvan käyttää saatuja tutkimustuloksia nimettömästi tutkimuksessa.

Paikka _____ Päivämäärä ____ . ____ 20____

Allekirjoitus ja nimenselvennys

ARJEN TOIMINNOT -LOMAKE

Liikuntasopimus/Päivittäistoiminnot Päivämäärä:		 KASTE		Yhteisvoimin kotona -hanke/ Perusturvakuntayhtymä Akseli	
Asiakkaan nimi:					
		Itse	Ohjattuna (sanallinen)	Avustet- tuna	Huom! Esim. kuka auttaa
Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei				
1. Ruokailu					
	Tarvikkeiden esiin ottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Voileivän tekeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	puuron valmistaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kahvin keitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ravitsemustilan seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Tiskit					
	Tiskien tiskaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Roskat					
	Roskien vieminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Vuode					
	Petaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lakanoiden vaihto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Posti					
	Postin hakeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Hygienia					
	Wc-pesut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vaipan vaihto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hampaiden pesu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Suihku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jalkahoito, kynsien leikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Parranajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Pukeutuminen					
	Sukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Housut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Paita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulkovaatteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jalkineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lääkkeet					
	Lääkeiden ottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lääkkeiden jakaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Reseptien uusinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Apteekkiasiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Kodinhoito					
	Pöydän pyyhkiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pyykkihuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lattian lakaiseminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Imurointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Asiointi					
	Kauppa-asiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pankkiasiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Pihatyöt					
	Puutarhanhoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lumenluonti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Liikuntasopimus					
	Liikuntasopimuksen toteuttaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muuta huomioitavaa					

ASIAKKAAN KOTIUTUSTIIMITOIMINNAN AIKATAULUPOHJA

SUNNUNTAI				
LAUANTAI				
PERJANTAI				
TORSTAI				
KESKIVIikko				
TIISTAI				
MAANANTAI				

- 2.1. Miten kotiutuminen mielestäsi sujui? (ajankohta, tiedonsaanti, kotona selviytyminen)
- 2.2. Mitkä olivat kotona pärjäämisen kannalta tärkeitä asioita, kun siirryit osastojaksolta takaisin kotiin?
- 2.3. Minkälaista yhteistyö oli hoidonantajien kanssa osastolla ja kotona ollessasi kotiutumiseen liittyen?
 - 2.3.1. Millä tavalla sait vaikuttaa sinua koskevaan päätöksentekoon (hoitoimenpiteet, lääkitys, kotiutusajankohta)?
 - 2.3.2. Miten omainen otettiin huomioon kotiutusprosessissa; mikä sujui hyvin, mikä huonosti, mitä tulisi tehdä toisin?
- 2.4. Mihin olisi syytä kiinnittää huomiota, että hoidonantajat edistäisivät vielä paremmin asiakkaan ja hänen omaisensa kotona selviytymistä osastojaksolta kotiuduttaessa? (asiakkaan lähestymistapa, työntekijän keskustelutyyli, työntekijän ajattelutapa ja työtapa, tiedonkulun parantaminen...)
3. Asiakkaan toimijuuden ja osallisuuden tukeminen kotona
 - 3.1. Mitkä kotiutustiimin toimintatavat tukivat kotona pärjäämistä ja arkiaskareista selviytymistä? (konkreettiset toimet – kotikäynnit ja käyntien määrä/kesto, apuvälinehankinnat, kodinmuutostyöt – työntekijän läsnäolo ja ymmärrys asiakkaan tilanteesta, eri ammattiryhmien mukanaolo kotiutusprosessissa...)
 - 3.2. Millaista ohjausta sait sairauteen, lääkitykseen, kuntoutumiseen ja tuleviin tutkimuksiin/ kontrolleihin liittyen? Mitä pitäisi lisätä/ selkiyttää ohjauksessa?
4. Mitä muita ajatuksia sinulle herää kotiutumiseesi liittyen?