

Kati Lindroos ja Riia Tuomisto

## **Kotihoidon asiakkaan kotiutumisprosessin kehittäminen**

Opinnäytetyö

Kevät 2013

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma YAMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, yAMK

Tekijä: Lindroos, Kati ja Tuomisto, Riia

Työn nimi: Kotihoidon asiakkaan kotiutumisprosessin kehittäminen

Ohjaaja: Palomäki, Sirkka-Liisa

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 68

Liitteiden lukumäärä: 1

---

Asiakkaan kotiutuminen on laaja-alainen prosessi, joka onnistuessaan edesauttaa asiakkaan pärjäämistä kotona. Kotiutumisprosessin tulee perustua kokonaisvaltaiseen arviointiin ja asiakaslähtöiseen suunnitelmaan. Hoidon jatkuvuus on osa kotiutumisprosessia, joka varmistetaan huolellisella tiedottamisella. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kotihoitopotilaan hoitoketjua eri yksiköiden välillä JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän terveyskeskuksissa. Tavoitteena oli mallintaa kotiutumisprosessi ja luoda hyviä asiakaslähtöisiä yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille.

Alkutilanteen kartoitus tehtiin selvittämällä kotiutumiskokemuksia. Vuodeosastolta kotiutuville jaettiin asiakaskyselyjä, 15 kyselystä palautui kahdeksan. Kurikan terveyskeskuksen eri työyksiköistä koottiin kehittämisryhmä, jossa oli kuusi osallistujaa. Ryhmällä oli merkittävä osuus kotiutumisprosessin kehittämisessä ja hyvien yhteistyökäytäntöjen luomisessa. Kehittämistyö toteutettiin soveltamalla toimintatutkimusta ja hyödyntämällä osallistavia ja luovia menetelmiä, kuten SWOT-analyysia ja pyramidiharjoitusta. Lisäksi aineistona oli havainnointipäiväkirja ja ryhmän tuottama materiaali. Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällön analyysi-menetelmää.

Kehittämistyö koostui kolmesta osaprosessista. Ensimmäisessä prosessissa tarkasteltiin kirjaamista, moniammatillista yhteistyötä ja kotiutumissuunnitelmaa. Toinen prosessi tuotti koonti-listan hyvistä yhteistyökäytännöistä kotiutumisen eri vaiheissa. Kolmannen prosessin tuotoksena syntyi kuvio asiakkaan etenemistä organisaation hoitoketjussa. Kehittämistyö osoitti, että tiedonkulku ja huolellinen kirjaaminen sekä riittävän aikainen kotiutuksen suunnittelu ovat edellytys onnistuneelle kotiutumiselle.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että hyvät yhteistyökäytännöt ja kotiutumisprosessin mallinnus auttavat henkilöstöä huomioimaan kotiutumiseen liittyviä asioita niin asiakkaan kuin hoitajan näkökulmasta. Kehittämistyö toimi käynnistäjänä muutokseen, jonka konkreettinen hyöty jää nähtäväksi. Kehittämistyömme tuloksia on tarkoitus hyödyntää JIK-alueen terveyskeskuksissa.

Avainsanat: kotihoito, kotiutuminen, asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master`s degree (UAS) in Social Work and Health Care

Specialization: Master`s programme in development and management in Social Work and Health Care

Author/s: Lindroos, Kati and Tuomisto, Riia

Title of thesis: Developing the domiciliary care clients` discharge process

Supervisor(s): Palomäki, Sirkka-Liisa

Year: 2013

Number of pages: 68

Number of appendices: 1

---

To discharge a client home from hospital is an extensive process, which if successful, helps the client to get better along at home. The discharge process should be based on careful and comprehensive evaluation and customer oriented plan. The continuity of care is part of the discharge process, and it must be secured with studious information. This thesis is an advanced study, designated to improve the care pathway of domiciliary care patients among different units of JIK health centers. Our goal was to create a model for the discharge process and provide good client-oriented co-operation standards between different units.

Our baseline survey was carried out by resolving different discharge experiences. Patients who were discharged from the ward were given customer surveys, out of 15 question forms 8 were returned back. A development group of six people was set up from different units of Kurikka health center. That group had a significant part in developing the discharge process and creating good co-operation practices. Development work was carried out by applying functioning research and by using creating methods, like SWOT analysis and pyramid skills. As additional material, there was an observation diary and the material produced by the group. Analysis was used when analyzing the material.

The development work consisted of three process parts. Recognition, multi professional co-operation and discharge plan was studied in the first part. The second part generated a list of good co-operation practices in different phases of the discharge process. The result of the third part was a pattern showing a client proceeding with the care pathway of the organization. The development work indicated that the flow of information, careful record keeping and a discharge plan made early enough are requirements for a successful home coming from hospital.

Based on the results, it can be stated that good co-operation practices and creating a model of discharge process helps the personnel to consider different matters about clients going home from clients` point of view as well as nurses` point of view. This development work acted as a catalyst for the change that will show us the substantial benefits later on. The results of this development work should be used in health centers of JIK area.

Key words: domiciliary care, discharge process, client based and multi professionalism.

# SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO.....	6
KÄYTETYT TERMIT, LYHENTEET JA KÄSITTEET.....	7
1 JOHDANTO.....	9
2 KEHITTYVÄ KOTIHOITO.....	11
2.1 Moniammatillisuus ja dialogisuus kotihoidossa.....	12
2.2 JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotihoidon kriteerit.....	14
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA SEN KEHITTÄMINEN KOTIHOIDOSSA.....	16
3.1 Asiakaslähtöisyys eettisenä arvona.....	16
3.2. Asiakaslähtöisyys osallisuutena.....	18
3.3 Asiakaslähtöinen johtaminen.....	19
4 KOTIUTUMISPROSESSI.....	21
4.1 Palvelutarpeen arviointi.....	23
4.2 Kotiutumisprosessiin liittyviä tutkimuksia ja kehittämishankkeita.....	24
5 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT.....	31
6 KEHITTÄMISMENETELMÄT JA AINEISTOT.....	32
6.1 Käytännön kehittämisen ja tutkimuksen yhdistäminen.....	32
6.2 Kehittämisen menetelmät.....	33
6.3 Aineiston analysointi.....	36
7 KEHITTÄMISEN ETENEMINEN JA TULOKSET.....	38
7.1 Kehittämisen lähtötilanne: esimerkkitapaukset ja kotiutuvien kokemukset.....	38
7.2 Kotiutumisprosessin analyysi ja arvottaminen.....	41

7.3 Yhteistyökäytäntöjen suunnitleminen.....	43
7.4 Yhteistyökäytäntöjen syventäminen.....	48
7.5 Asiakkaan kotiutumisosessi ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli.....	50
7.6 Kehittämissryhmän arviointi prosessin toteutuksesta.....	53
8 TULOSTEN TARKASTELO JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	54
8.1 Kotihoidon ensisijaisuus ja asiakaslähtöisyys.....	54
8.2 Kehittämisen prosessin merkitys.....	56
9 POHDINTA.....	59
9.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	59
9.2 Itsearviointi kehittämisosessin toteutuksesta.....	60
9.3 Jatkokehittämisen haasteet.....	62
LÄHTEET.....	64
LIITTEET.....	69

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Scharmerin dialogikenttämalli. (Scharmer 1998).....	14
Kuvio 2 Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut. (Virtanen ym. 2011, 19).....	18
Kuvio 3 Asiakkuuksien johtamisen tarkastelu prosessina. (Virtanen ym, 2011, 51).....	20
Kuvio 4 Nelikenttäanalyysi eli SWOT.....	34
Kuvio 5 Kehittämisprosessin etenemisen vaiheet.....	38
Kuvio 6 Kehittämissryhmän SWOT-analyysi kotiutumisesta.....	42
kuvio 7 Kirjaaminen kotiutumisprosessissa.....	44
kuvio 8 Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessissa .....	46
kuvio 9 Kotiutussuunnitelma kotiutumisprosessissa.....	47
Kuvio 10 Kotiutumisprosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli.....	52
Taulukko 1 Kotihoidon arvot ja periaatteet.....	15
Taulukko 2 Ikäihmisten palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja periaatteet.....	17
Taulukko 3 Yhteenveto aiheeseen liittyvistä tutkimuksista.....	28
Taulukko 4 Kehittämisteemojen osa-alueet IKÄKASTE II-hankkeessa.....	29
Taulukko 5 Kehittämisen menetelmät, aineistojen kuvaus ja analyysi.....	37
Taulukko 6 Koonti hyvistä yhteistyökäytännöistä prosessin eri vaiheissa.....	49

## KÄYTETYT TERMIT, LYHENTEET JA KÄSITTEET

**JIK ky** *JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä*

### **JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä**

*JIK ky on Jalasjärven ja Ilmajoen kuntien sekä Kurikan kaupungin yhdessä perustama terveyden- ja vanhustenhuollon, ympäristöterveydenhuollon sekä Kurikan kaupungin sosiaalitoimen palveluja tuottava liikelaitoskuntayhtymä.*

**Tehko** *Tehostettu kotihoito*

**elläh** *Lääkärin sähköinen lähete erikoissairaanhoidon*

**eahoi** *Ensiavun hoitajan lomake*

**lab-lehti** *Kooste laboratoriotuloksista*

**EKG** *Sydänfilmi*

**Kotiutumisprosessi** *Prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja jonka tarkoituksena on helpottaa henkilön siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessin eri vaiheita ovat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi.*

**Hoitoketju** *Asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuuden turvaaminen ja sujuvuus yli organisaatio-rajojen sekä eri ammattiryhmien kesken.*

**Palveluprosessi** *Palveluprosessi tarkoittaa asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa palvelutapahtumien muodostamaa toimintojen sarjaa, joka koostuu palvelutapahtumista eli palveluntuottajan ja vastaanottajan välisistä vuorovaikutustilanteista.*

**Palvelutarpeen arviointi**

*Palvelutarpeen arviointi on systemaattista arviointia, jossa tarkastellaan asiakkaan arjesta suoriutumista ja elämäntilannetta laaja-alaisesti ja moniulotteisesti.*

**Hoitoisuudenarviointilomake**

*JIK:ssä kehitetty mittaristo fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä tukiverkoston arvioimiseen.*



## 1 JOHDANTO

Asiakkaan kotiutuminen on laaja-alainen prosessi, joka onnistuessaan hyvin edesauttaa asiakkaan pärjäämistä kotona. Kotiutumisprosessin tulee perustua huolellisesti tehtyyn kokonaisvaltaiseen arviointiin ja suunnitelmaan, jossa asiakkaan selviytyminen kotona otetaan huomioon jokaiselta elämän osa-alueelta. Yhteistyö eri yksiköiden henkilökunnan välillä luo vahvan pohjan asiakkaan kotiutumiseksi. Lähtökohtana tulee olla asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyö. Kotiutumisprosessin tulee käynnistyä hyvissä ajoin ennen todellista kotiutumista. Arvio asiakkaan kotiutumisen ajankohdasta suunnitellaan mahdollisimman pian sairaalaan tulon jälkeen, jolloin asiakkaalle annetaan mahdollisuus valmistautua tilanteeseen. Päätös kotiutumisesta tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa riittävän ajoissa, että tarvittavat tukipalvelut ehditään järjestää.

Kehittämistyön aihe on ajankohtainen, koska kotihoitoon panostetaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Hoito- ja palvelukulttuurin muutos tulee vaikuttamaan jatkossa ikääntyvien kokonaisvaltaiseen hoitoon. Väestön ikääntyessä tämä tuo haasteita tuottaa laatukriteerit täyttävää hoitotyötä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012) puuttuu näihin ongelmiin ja antaa asiakkaille jatkossa mahdollisuuden vaikuttaa entistä enemmän omiin asioihinsa palveluja suunniteltaessa. Sen avulla on mahdollista hyödyntää omia voimavaroja mahdollisimman itsenäiseen, mielekkääseen ja turvalliseen elämään. Painopiste korjaavista toimista siirtyy ennaltaehkäiseviin hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään toimintaan ja palveluihin. Vanhuspalvelulakia pilotoidaan paraikaa eri puolella Suomea. JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä on päässyt mukaan pilotoimaan palvelutarpeen arviointia.

Kehittämistyömme tarkoituksena oli kehittää kotihoitopotilaan hoitoketjua eri yksiköiden välillä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän terveyskeskuksissa. JIK:n tehtävänä on tuottaa jäsenkunnilleen kuuluvat terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, vanhustenhuollon palvelut ja ympäristöterveydenhuollon palvelut. Palvelujen järjestämisestä vastaa Jalasjärven kunnan organisaatioon

kuuluva JJK- tilaajalautakunta. Jäsenkuntia ovat Kurikan kaupunki sekä Ilmajoen ja Jalasjärven kunnat. (JJK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä [viitattu 14.7.2012].)

Kehittämistyömme tavoitteena oli mallintaa kotiutumisprosessi sekä luoda hyviä yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille, joista kotihoito on yksi. Kotihoidon asiakkaan kotiutuminen koetaan ajoittain ongelmalliseksi. Hoitoketju ei aina toimi parhaalla mahdollisella tavalla ja tiedonkulku riittämätöntä. Kotiutuminen ei ole vain hoitohenkilökunnan välillä tapahtuva prosessi, vaan asiakas ja omaiset ovat keskeisiä kotiutumisen suunnittelussa. Asiakkaan tulee olla tietoinen erilaisista hoito- ja palvelumahdollisuuksista myös kotona. Hoitohenkilökunnan tulee selvittää asiakkaalla jo olemassa olevat kotiin annettavat palvelut ja muu tukiverkosto. Yhteisesti luodut toimintatavat antavat pohjan onnistuneelle kotiutumiselle ja kotiutumistilanteen tasalaatuisuudelle.

Työskentelemme JJK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Kurikan kotihoidossa sairaanhoitajina. Olemme työssämme säännöllisesti tekemisissä kotiutuvien asiakkaiden kanssa ja siksi meillä on hyvät edellytykset toimia muutoksen käynnistäjinä ja eteenpäin viejinä. Kehittämisyhmässä roolimme oli antaa ryhmälle tarvittavat työkalut, joiden avulla ryhmän jäsenet tuottivat ja reflekoivat muutokseen tarvittavaa tietoa ja materiaalia.

Koimme opinnäytetyömme aiheen mielenkiintoisena ja haastavana. Kyse on jokaiselle hoitoalalla työskentelevälle itsestään selvästä asiasta, joka ei kuitenkaan aina toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Nykykäytäntö on, että kotiutuminen on toteutunut sattumanvaraisesti ja monin eri tavoin. Kehittämisprosessi selkiytti kotiutumiseen liittyvien asioiden moninaisuuden ja huolellisen kotiutussuunnitelman tärkeyden. Kotiutumisprosessi on nyt mallinnettu ja hyvistä yhteistyökäytännöistä sovittu, mutta kehittämisen prosessin eteneminen työyksiköissä on vasta aluillaan.

## 2 KEHITTYVÄ KOTIHOITO

2000-luvulla kunnille annettiin mahdollisuus yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu ja kansanterveyslakiin perustuva kotisairaanhoido kotihoitoksi, mikäli kunta tuottaa sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut. Yhdistynyttä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa kutsutaan kotihoitoksi. Kotihoito perustuu tiimityöhön, jossa kodinhoitajat, lähihoitajat, kotipalveluohjaajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit tekevät yhteistyötä asiakkaan palvelujen tuottamiseksi. Lääkärin tehtävä on ohjata kotisairaanhoidossa lääketieteellistä näkemystä, palveluohjaajat ovat vastuussa kotiin annettavista muista kuin sairaanhoidollisista palveluista ja hoitotyöntekijät vastaavat asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin tukemisesta. Tällaista yhteistyötä voidaan pitää onnistuneena, koska vastuu hoidosta on jaettu eri ammattiryhmien kesken. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela, 2007, 16 - 18.) Kurikan kotihoitossa yhdistyminen on tapahtunut vuonna 2005.

Heinäkuussa 2013 voimaan tuleva niin sanottu ikälaki tuo haasteita ikääntyvien parissa työskenteleville. Lain tarkoituksena on turvata oikeus laadukkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen, yksilöllistä tarvetta vastaavaan palvelukokonaisuuteen. Lain avulla ikääntyville annetaan mahdollisuus hyödyntää omia voimavarojaan itsenäisen, mielekkään ja turvallisen elämän ylläpitämiseksi. Lain myötä painopiste siirtyy ennaltaehkäisevään, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään toimintaan nykyisten korjaavien toimien sijaan. Aktiivisuutta ja osallisuutta omassa arjessa tuetaan vahvistamalla ikääntyvien asemaa omiin asioihin vaikuttamisessa sekä palvelujen suunnittelussa. Painopiste laitoshoidosta siirtyy jatkossa kotihoitoon ja tämä luo paineita kunnille, että ne kykenevät järjestämään lain edellyttämät palvelut (L 28.12.2012/980)

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (2008) tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista on tuettava erilaisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. (Ikonen & Julkunen 2008, 14.) JIK- peruspalveluliikelaitos-

kuntayhtymässä kotihoidon tavoitteena on antaa hyvää, turvallista ja asiakaslähtöistä hoivaa, hoitoa ja huolenpitoa kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle. Kriteerit on esitelty tarkemmin luvussa 2.1. (JIK kotihoidon sisältö ja kriteerit 2011.)

Nykypäivänä kotihoidon asiakkaat tarvitsevat päivittäistä apua jopa useita kertoja vuorokaudessa. Tarvittavat palvelut määritellään yksilökohtaisesti ja siksi kotihoidon yksiköissä on yleensä käytössä kriteerit, joiden mukaan kotiin annettavat palvelut määritellään. JIK:ssä kotihoidon asiakkaaksi hakeudutaan ottamalla yhteyttä avopalveluohjaajaan. Palvelujen tarve tulee selvittää 75 vuotta täyttäneiden osalta seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta, mutta kiireellisissä tapauksissa palvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Olemassa olevien kriteerien ja palveluntarpeen määrittämisen jälkeen asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan yhteisesti sovituista palveluista yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1998, 12, Hägg ym. 2007, 12, JIK kotihoidon... 2011.)

## **2.1 Moniammatillisuus ja dialogisuus kotihoidossa**

Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on, että ei työskennellä yksin, vaan yhteistyössä muiden kanssa. Tarkoituksenmukainen työnjako eri ammattilaisten kesken on olennaista kaikessa yhteistyössä. Yhteistyön toteutuminen vaatii, että työntekijät tuntevat toistensa työnkuvan ja ammatilliset valmiudet. Yhteisistä linjoista ja tavoitteista on tärkeä keskustella. Asiakaslähtöinen, tarkoituksenmukainen työnjako on onnistuneen hoitotyön edellytys. (Hägg ym. 2007, 18 - 19, Mäkinen ym. 1998, 32 - 33.)

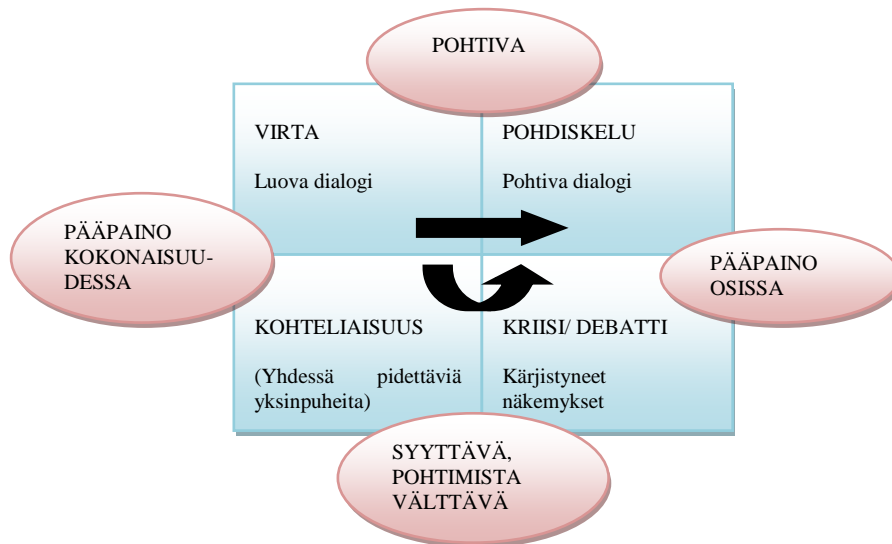
Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto antaa valmiudet toimia kotihoidossa hoitotyön asiantuntijana, se perustuu hoitotieteeseen. Työ on terveyttä edistävää, sairauksia ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa. Sairaanhoitajan työnkuvaan kotihoidossa kuuluvat hoitotyön suunnittelu ja toteutus sekä vaikuttavuuden seuranta, lääkehoito, ohjaus ja neuvonta. Sairaanhoitaja työskentelee itsenäisesti ja moniammatillisissa ryhmissä. Lisäksi hän toimii myös hoitotyön kehittäjänä. Lähihoitajan ammatti on sosiaali- ja terveysalan perusammatti, joka vastaa

kotihoidon haasteisiin koulutuksensa laaja-alaisuudella. (Ikonen & Julkunen 2008, 146.) Kotihoidossa moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat tarvittaessa sosiaalialan työntekijöitä, fysioterapeutti ja lääkäri.

Moniammatillisuudessa jokainen osallistuja selvittää omaa erikoisosaamistaan ja rakentaa ryhmän kanssa yhteistä osaamista. Hoidon laatu voi horjua, jos ongelmia tarkastellaan vain yhden ammattikunnan näkökulmasta. Kokonaiskäsitys asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista ja ongelmista voi jäädä vajaaksi tai jopa kokonaan muodostumatta. On merkittävää, että asiantuntija ymmärtää roolinsa ja tehtävänsä. Moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen tarvitaan osapuolilta hyviä vuorovaikutustaitoja, kykyä sopeutua uusiin tilanteisiin, päätöksentekoon osallistumista, vastuuta ja motivaatiota. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 16.)

Dialoginen asiakastyö on yksi tärkeimmistä osa-alueista, kun puhutaan moniammatillisesta yhteistyöstä asiakaslähtöisessä hoitotyössä. Se on ihmisarvoon perustuva työskentelytapa. Dialogia voidaan pitää moniammatillisen keskustelun välineenä ja sen avulla pyritään rakentamaan yhteistä, jaettua ymmärrystä. Dialogi voidaan jakaa sekä yksilön sisäisiin että ihmisten välisiin dialogeihin. Sen tavoitteena on löytää uudenlainen yhteinen ymmärrys, jollaista ei voi yksin saavuttaa. Dialogi eroaa keskustelusta siten, että keskustelussa ajattelutapojen eroihin ei kiinnitetä huomiota, kun taas dialogi keskittyy tutkimaan ilmiötä yhdessä. Erilaisia käsityksiä pohditaan yhdessä rinnakkain. Toisen mielipiteet ollaan valmiita kuuntelemaan ilman arvostelua tai kielteisiä näkemyksiä. Myös oman näkökulman esittäminen avoimesti on tärkeää. Tällöin on mahdollisuus saavuttaa kattava kokonaiskuva tarkasteltavasta asiasta ja saada yksilöllinen tieto yhteisölliseksi tiedoksi. Sitä käytetään rakentamaan jaettu ymmärrys. (Isoherranen ym. 2008, 25 - 26.)

Dialogissa on hyvä pysähtyä arvioimaan oman tilan muutoksia, ryhmän tilaa sekä dialogin laatua ja liikettä dialogikentässä. Dialogin voidaan siis ajatella olevan kohtaamisen kykyä. Alla olevassa kuviossa 1 on esitelty Scharmerin dialogikenttämalli, jota voidaan käyttää arvioinnissa. (Takanen & Petrow 2010, 43.)



Kuvio 1 Scharmerin dialogikenttämalli (Scharmer 1998.)

Käytännön kokemukset ovat yhtenevät mallin kanssa. Yleisimmin organisaatioissa käytetään sivistyneitä monologeja ja debattia, kun taas reflektioivaa ja luovaa dialogia on vähän. Reflektioiva ja luova dialogi on uudistumisen perusta ja tämä on pyritty huomioimaan kehittämissyöryhmän tapaamisissa. Toisen työyhteisön toimintakulttuurin tunnistaminen vaatii peilaamista omiin näkemyksiin ja ajatuksiin, ja näin synnyttää uutta ymmärrystä kehittämisen kohteesta. Dialogi vaatii kärsivällisyyttä, koska lopputulosta ei saavuteta hetkessä (Takanen & Petrow 2010, 43.)

## 2.2 JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotihoidon kriteerit

JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä kotihoidon palvelujen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. Kriteerit auttavat kohdentamaan kotihoidon palvelut henkilöille, jotka heikentyneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat enemmän tukea kotona selviytymisessä. Kotihoidon vastualueen arvot ja toiminnan keskeiset periaatteet on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1 Kotihoidon arvot ja periaatteet (JIK kotihoidon... 2011.)

<b>OMATOIMISUUS</b>	Asiakkaan omatoimisuuden tukeminen ja kunnioittaminen Asiakkaan omien voimavarojen käyttö.
<b>ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA YKSILÖLLISYYS</b>	Asiakkaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Kunnioitetaan asiakkaan omia arvoja, tapoja ja kotia. Tarjotaan hoitosuunnitelmassa yhteisesti sovittuja palveluita asiakkaan tarpeisiin ja omiin voimavaroihin suhteutettuna.
<b>YHDENVERTAISUUS</b>	Asiakkaan kohtelemine yhdenvertaisena.
<b>AMMATILLISUUS</b>	Asiakkaan kohtaaminen ammatillisesti ja empaattisesti. Yhteisesti sovittujen hoitolinjojen noudattaminen persoonallisella työotteella.
<b>TALOUDELLISUUS</b>	Työmenetelmien suunnittelu siten, että taloudellisuusnäkökulma on otettu huomioon.
<b>YHTEISTYÖ</b>	Oman vastualueen eri toimijoiden ja ulkopuolisten yhteistyötahojen kanssa tehtävässä yhteistyössä ollaan aktiivisia ja yhteistyötä toteutetaan myönteisessä hengessä. Kotihoidon palveluilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaisia kotipalveluja ja kansanterveyslain (66/1972) tarkoittamaa kotisairaanhoitoa.

Kotihoidon asiakkaaksi voidaan ottaa ihminen:

- jonka fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky on selkeästi alentunut, eikä hän selviydy itsenäisesti säännöllisistä, päivittäisistä perustoiminnoista.
- joka tarvitsee apua ruokailuissa, pukeutumisessa, wc-käynneissä, peseytymisessä, muussa perushoidossa sekä lääkehoidon toteutuksessa.
- joka tarvitsee sairauksiensa tai alentuneen toimintakykynsä vuoksi sairaanhoitoa, eikä kykene käyttämään kodin ulkopuolisia terveystalvuita.
- joka on ollut sairaalahoidossa ja jonka kotona selviytyminen jatkossa edellyttää kotihoidon palveluita.

### **3 ASIAKASLÄHTÖISYYS KOTIHOIDOSSA JA SEN KEHITTÄMISESSÄ**

Yksi tämän hetken suurimmista keskustelun aiheista julkisella sektorilla on asiakaslähtöisyys. Kaikki merkittävät sosiaali- ja terveydenhuollon lait ovat uudistumassa ja tästä johtuen kehittämistoimenpiteet ovat käynnissä sosiaali- ja terveysministeriön valvonnassa. Asiakaslähtöisyyden perustana on lainsäädäntö, joka turvaa asiakkaille oikeudet, mutta ei määrää tai ohjaa tarjottavia palveluita asiakaslähtöisemmiksi. Onneksi tämä asia on muuttumassa, koska hiljattain on tullut käyttöömme muun muassa uusi palvelusetelijärjestelmä ja kiireettömään hoitoon pääsyä ohjaava hoitotakuu. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8.)

Merkittävänä asiakaslähtöisyyttä kehittävänä lakina voidaan pitää lakia sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (2000), jota on tarkoitus jatkaa vuoteen 2015 asti. Lain tarkoituksena on lisätä valinnanvapautta julkisella sektorilla. Yhtenä positiivisena esimerkkinä asiakaslähtöisyyden kehittämisestä voidaan pitää vuosina 2008-2011 toteutunutta KASTE-hanketta, jolla uudistettiin suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Nämä uudistukset antavat uuden ymmärryksen asiakkuuden merkityksestä. (Virtanen ym. 2011, 8.) Valtioneuvosto myönsi helmikuussa 2012 jatkoa KASTE-hankkeelle vuoteen 2015 asti.

#### **3.1 Asiakaslähtöisyys eettisenä arvona**

Asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää sosiaali- ja terveysalalla toiminnan eettisenä arvona. Jokainen asiakas tulee kohdata ihmisarvoisena yksilönä hänen fyysisestä, psyykkisestä tai sosiaalisesta statuksesta huolimatta huomioiden samalla jokaisen itsemäärämisoikeus. Palvelut tulee suunnitella asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyys tulisi olla organisaation tukipilari. Suunniteltaessa asiakaslähtöisiä palveluja sisältyy siihen ajatus



asiakassuhteen jatkuvuudesta ja tämä on yhteisymmärryksen tärkein edellytys. (Virtanen ym. 2011, 18.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä tärkein peruspilari on ihmisarvon kunnioittaminen. Kotihoidossa asiakkaat ovat yleensä ikääntyneitä, jolloin jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja oikeudenmukaiseen sekä hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ikäihmisten palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja periaatteet, joilla ihmisarvoinen elämä kyetään turvaamaan. Nämä ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Arvot ja periaatteet on määritelty tarkemmin taulukossa 2. (Ikäihmisten palvelujen... 2008.)

Taulukko 2 Ikäihmisten palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja periaatteet (Ikäihmisten palvelujen... 2008.)

<b>Itsemääräämisoikeus</b>	Ikääntynyt ihminen saa tehdä tietoisia valintoja ja hänelle annetaan päätöksiin tarvittavaa tietoa ja tukea. Voimavarojen tunnistamisella, vahvistamisella ja käyttämällä voimavaralähtöistä periaatetta voidaan itsemääräämisoikeutta edistää.
<b>Oikeudenmukaisuus</b>	Oikein kohdennetut palvelut ovat edellytys tasavertaiselle palvelutarpeen arvioinnille ja yhtenäisille palveluiden myöntämisperusteille. Oikeudenmukaisuus pitää sisällään myös syrjinnän estämisen, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumisen ja erilaisuuden hyväksymisen.
<b>Osallisuus</b>	Osallisuus pitää sisällään sekä yksilön että yhteiskunnan tasot. Yksilön kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että ikääntyneiden palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja vahvistamisessa sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisessa ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Yhteiskunnallisella tasolla sosiaalinen osallisuus antaa mahdollisuuden vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen.
<b>Yksilöllisyys</b>	Yksilöllisyydellä tarkoitetaan ihmistä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana. Palveluja suunniteltaessa on kyettävä arvioimaan, millaisia vaikutuksia niillä on kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämänsä mielekkääksi. Yksilöllisyyttä voidaan pitää vapautena ja valinnanmahdollisuutena omasta elämästä.
<b>Turvallisuus</b>	Turvallisuus on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Sosiaalisista eduista huolehtiminen, palvelujen saatavuus ja laatu sekä luottamus kuuluvat turvallisuuden periaatteeseen. Myös asuin- tai hoitoympäristön turvallisuudesta huolehtiminen ja tapaturma mahdollisuuksien, väkivallan ja kaltoinkohtelun minimointi ovat osa turvallisuuden periaatetta.

Taulukossa 2 esitetyt Ikäihmisten palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja periaatteet ovat huomioitu kotiutumisosiossa ja hyviä yhteistyökäytäntöjä suunniteltaessa. Asiakas otetaan mukaan kotiutuksen suunnitteluun ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa hoidon- ja palvelun suunnitteluun. Hän saa tukea hoitoon osallistuvilta henkilöiltä ja avopalveluohjaajan tekemä palvelutarpeen arviointi turvaa sen, että palvelut ovat suunniteltu yksilöllisesti asiakkaan tarpeet

huomioiden. Kotiolojen kartoituksella varmistetaan, että kotona ei ole turvallisuutta uhkaavia riskitekijöitä. Ikäihmisten palvelujen kehittämisessä on huomioitava, että asiakasta ei saa altistaa tarpeettomille vahingoille tai riskeille. Kaikki huonosta hoidosta, hoitovirheistä ja puutteellista käytännöistä johtuvat vahingot ovat tarpeettomia ja mahdottomia hyväksyä hoitotyössä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 126. )

Hoitoa annettaessa edellytetään aina ikäihmisen suostumusta ja hänellä on oikeus kieltäytyä siitä. Asiakkaalle on annettava ne tiedot, joilla on oleellinen merkitys hoidosta päätettäessä. (Suonsivu, Mäkipää & Suominen 2009, 5.) Hoitajalla ei ole oikeutta paeta ammatillista vastuutaan potilaan itsemääräämisoikeuteen vedoten. Hoitajalla on suuri vastuu kuunnella ja antaa tietoa sekä tukea potilasta tämän päätöksissä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 148.)

### 3.2 Asiakslähtöisyys osallisuutena

Asiakslähtöisyys rinnastetaan usein termiin asiakaskeskeisyys. Tällöin ajatellaan, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut ja toiminnot on suunniteltu häntä ajatellen. Olisi kuitenkin tärkeää huomioida se, että asiakas ei ole ainoastaan palvelujen kehittämisen kohteena, vaan olisi osallisena niiden suunnittelussa alusta alkaen palveluntarjoajien kanssa. Asiakslähtöisyyden voidaan ajatella toteutuneen vasta silloin, kun se toteutuu yhdessä asiakkaan kanssa, ei häntä varten. (Virtanen ym. 2011, 18 - 19.)



Kuvio 2 Asiakslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19.)

Virtanen ym. (2011, 19 - 21.) kuvaavat teoksessa Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen asiakaslähtöisyyttä neljän eri ulottuvuuden avulla, joita voidaan kutsua myös asiakaslähtöisyyden rakennuspuiksi (Kuvio 2). Asiakkaan tarpeiden ja eri palvelumahdollisuuksien selvityksessä tuottoisin malli on silloin, kun asiakkaan ja palveluntarjoajan välille syntyy kumppanuus. Se edellyttää hyvää vuorovaikutusta ja molemmin puolista luottamusta. Asiakkaan mielestä ei ole aina kyse suurista asioista, vaan pienistä, inhimillisistä asioista. Keskeistä kehittämistyössämme oli asiakkaan näkökulman tuominen mukaan kehittämisajatteluun.

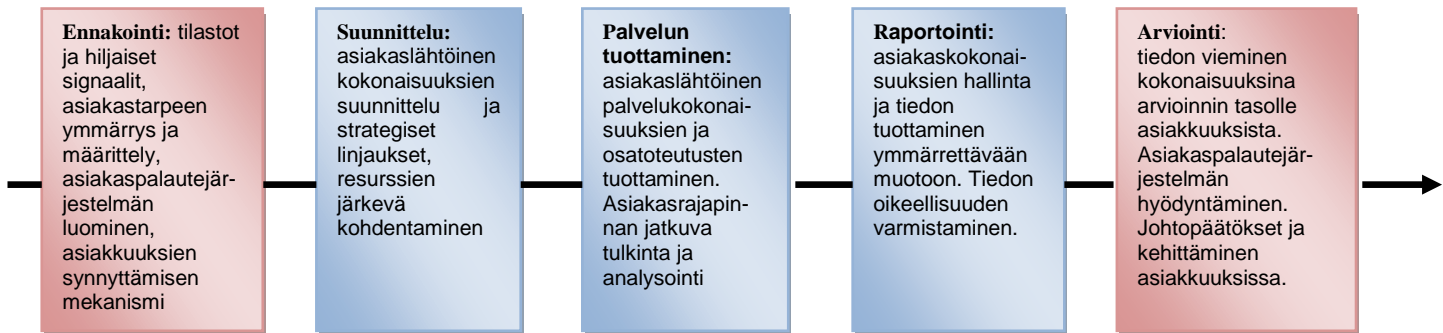
Tekemässämme asiakaskyselyssä ei tullut esille, että asiakasta koskevia päätöksiä olisi tehty ilman heitä tai asioita olisi tehty heidän puolestaan. Joskus työn sujumuuden kannalta tai kiireeseen vedoten, asiakasosallisuus jää vähemmälle huomiolle. Itsemääräämisoikeuden laiminlyöntiä voidaan pitää myös eettisenä loukkauksena. Vain vakavista syistä johtuen voidaan itsemääräämisoikeutta rajoittaa, ikäänkyneillä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi muistisairautta tai psyykkistä sairautta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 146, 181.)

### **3.3 Asiakaslähtöinen johtaminen**

Organisaation laatujärjestelmissä ja tutkimuksissa johtamisen merkitys on yksi tärkeimmistä osa-alueista. Sosiaali- ja terveysalalla johtaminen voidaan kokea asiakaslähtöisyyden kannalta haasteelliseksi, koska eri alojen käsitys asiakaslähtöisestä johtamisesta saattaa erota paljon toisistaan. Mikäli halutaan rakentaa onnistunut asiakaslähtöinen toimintamalli, se edellyttää esimieheltä panostamista johtajuuteen ja rajojen ylittämiseen, koskivatpa ne sosiaali- ja terveysalan eri alojen, organisaatioiden tai hallinnollisten raja-aitojen ylittämistä. (Virtanen ym. 2011, 49.)

Asiakaslähtöistä johtamista voidaan käsitellä useiden viitekehysten avulla. Lähestymisnäkökulmia ovat johtamisosaaminen, johtamisjärjestelmät, asiakkuuden johtaminen prosessina ja johtajuus persoonallisena ominaisuutena ja asenteena. Ellei johtajalla ole halua tai taitoa kehittää asiakaslähtöistä mallia,

kehittämisehdotukset ja tieto jäävät henkilökunnalle, talous- ja henkilöstöyksiköihin tai kehittämishankkeiden tietoon. Johtaminen ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen voidaan nähdä prosessina, jossa asiakkuus on mukana joka vaiheessa. Virtanen ym. (2011) kuvaavat asiakaslähtöisen johtamisen prosessia alla olevan kuvion avulla (Kuvio 3).



Kuvio 3 Asiakkuuksien johtamisen tarkastelu prosessina (Virtanen ym. 2011, 51.)

Terveystienhuollon organisaatiossa tietoa syntyy ja tallennetaan lukemattomiin järjestelmiin. Siitä saadaan merkittävää hyötyä päätöksenteon tueksi, kun olemassa olevaa tietoa jalostetaan paremmin esimerkiksi talouden ja suoritteiden johtamiseen ja prosessien tehostamiseen. Tiedon avulla pystytään kehittämään terveystienpalvelujen laatua, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tieto, jolla toimintaa voidaan johtaa, on järjestelmiin jo kirjattu. Lisää kirjaamista ei siis tarvita. Tarvitaan vain tiedon parempaa hyväksikäyttöä. Tiedolla johtamisella on eniten vaikutusta organisaation alimmilla tasoilla, mutta tällä hetkellä heidän tiedonsaantinsa on heikointa. (Ratkaisu osa prosessia [viitattu 25.2.2013].)

Terveystienhuollossa tunnetaan yleensä varsin hyvin, mitä aiemmin on tapahtunut, mutta tulevaisuuteen vaikuttaminen on tärkeämpää. Esimies on vastuussa työyhteisön kehittämisestä, mutta uusien palvelujen kehittäminen tapahtuu yhteistyössä ikäihmisten, heidän omaistensa, kuntien, tutkijoiden ja muiden sidosryhmien kanssa. (Ratkaisu osa... [viitattu 25.2.2013], Lisää vuosia omassa kodissa 2011.)

#### 4 KOTIUTUMISPROSESSI

Asiakkaan kotiutuminen sairaalajaksojen jälkeen saattaa olla haaste asiakkaalle, omaisille ja kotiuttavalle yksikölle. Siksi kotiutumisen valmistelut aloitetaan jo asiakkaan tullessa sairaalaan, koska sen avulla pystytään helpottamaan potilaan siirtymistä ympäristöstä toiseen. Kotiutumisprosessi koostuu suunnittelusta, toteuttamisesta sekä arvioinnista. Kotiutumista suunniteltaessa korostuvat kotiutumisvalmiuden arviointi, kotiutumispäätöksen tekeminen ja kotiutumisen organisointi. (Victor & Vetter 1988, 155 - 156, Gardner, Arve & Kiviniemi 2002, 7.)

Asiakkaan tulovaiheessa sairaalahoitoon hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa potilaat, joiden kotiutumisessa tulee olemaan haasteita ja joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona pärjäämisen esteenä. Toistuvat sairaalajaksot tai muistiongelmat voivat olla merkki tällaisesta riskikotiutujasta. Hyvän kotiutuksen keskeisinä lähtökohtina ovat ajoissa aloitettu kotiutumisen valmistelu, kotihoidontarpeen arviointi, omaisten huomioiminen ja mukaan ottaminen suunnitteluun sekä tukipalvelutarpeen arvioiminen ja sopiminen. Asiakkaan toimintakyky arvioidaan perusteellisesti, kartoitetaan kotona pärjäämistä tukevat voimavarat ja mahdolliset muut vaihtoehdot. Hyvän kotiutumisen edellytyksenä on, että kotiuttava hoitaja tuntee asiakkaan elämäntilanteen laaja-alaisesti. (Koponen 2003, 110, Rauhasalo 2003, 35 - 36, Salomaa 2004,10.)

Käytännön työssä olemme huomanneet, että riittämättömien apujen järjestäminen ja asiakkaan kotiutuminen liian huonokuntoisena aiheuttaa epävarmuutta selviytymisessä asiakkaalle itselleen, omaisille ja kotihoidon työntekijöille. Kiire, liian vähäinen henkilökunta ja potilaspaikkojen puutteellisuus voivat aiheuttaa asiakkaan liian nopean ja heikosti suunnitellun kotiutumisen. Taustalla voi olla tarve saada vuodepaikka vielä huonokuntoisemmille asiakkaille. Tällöin kotiutumiseen ei ehditä perehtyä niin hyvin kuin olisi suotavaa. Aina ei muisteta edes tarkistaa, onko kotona ketään, joka hakee ruokaa ja lääkkeitä ellei asiakas ole siihen itse kykenevä.

Asiakkaan kotiuduttua hänen pärjäämistään ja kotiutumisen onnistumista seurataan. Tällainen seuranta tapahtuu usein kotihoidon palveluja käyttämällä.

Siksi on tärkeää, että tieto asiakkaan kotiutumisesta tulee kotihoidon riittävän ajoissa. Sanallinen tieto ei aina ole riittävä. Kirjallisen tiedon välittäminen jatkohoidosta vastaavaan yksikköön tukee asiakkaan hoidon jatkuvuutta ja hoitoyksiköiden välistä saumattomuutta. Kirjallisen tiedon välittäjänä ei riitä kopio asiakkaan hoitokertomuksesta, vaan hyviä keskeisiä tiedon välittäjiä ovat hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä hoitotyön lähetteet. (Gardner ym. 2002, 14 - 19, Pöyry 1999, 20, Rantasalo 2007, 54.)

Vaikka kotiutumisen organisoiminen vaikuttaa yksinkertaiselta prosessilta, siihen liittyy joskus ongelmia. Ongelmat ovat samanlaisia, on sitten kyseessä perusterveydenhuolto tai erikoissairaanhoido. Kokemuksemme mukaan yhdeksi ongelma-alueeksi on noussut tiedonkulku asiakkaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Puutteellinen tiedonkulku vaikeuttaa asiakkaan hoitoa ja saattaa aiheuttaa potilasturvallisuuden vaarantumista.

Hoitoa ja lääkitystä koskevat kysymykset saattavat jäädä askarruttamaan asiakasta ja omaisia, ellei kukaan ole käynyt näitä asioita läpi. Jokaisella ihmisellä on oikeus saada tietoa hoitoaan koskevista asioista ja tämä pätee myös ikääntyvien ihmisten kohdalla. Asiakkaan kotiutuessa luo turvallisuutta tieto siitä, että ongelmatilanteissa voi olla yhteydessä sairaalaan, lääkäriin tai kotihoitoon. Hyvinvointia ja elämänlaatua tukee se, että asiakas tuntee olonsa turvalliseksi

Hoidon jatkuvuus on osa kotiutumisprosessia. Hoidon jatkuvuus varmistetaan suullisella ja kirjallisella tiedottamisella. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hoidon jatkuvuudessa tulee huomioida myös asiakas, joka on oikeutettu saamaan tietoa omasta hoitosuunnitelmastaan ja jatkohoidon tarpeesta. Tässä opinnäytetyössä hoitoketju on osa palveluprosessia.

#### 4.1 Palvelutarpeen arviointi

Palveluidentarpeen arviointi on monipuolista systemaattista arviointia, joka tehdään silloin, kun iäkkään henkilön selviytyminen arjessa ilman ulkopuolisen ihmisen apua on mahdotonta tai tällainen tilanne on mahdollinen. Palvelutarpeen arviointi sisältää yleensä fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamisen sekä toimintakyvyn heikkenemistä uhkaavat riskitekijät. Myös asiakasta tukevat voimavarat tulee kartoittaa. Arviointi suoritetaan keskustelemalla, havainnoimalla ja erilaisia mittareita käyttämällä. Näistä saatavaa tietoa hyödynnetään kokonaiskuvassa, jonka pohjalta palveluiden tarve arvioidaan. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011, 1.)

Palvelutarpeen arvioinnin perustuu asiakkaan omaan näkemykseen ja asiantuntijan arvioon. Kiireellisissä tapauksissa palveluiden tarve on aina arvioitava välittömästi. Kiireettömissä tapauksissa kaikilla 75 vuotta täyttäneillä on oikeus päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin määräajassa. Palvelutarpeen arviointi määräajassa koskee henkilöitä, jotka eivät vielä ole minkään sosiaalipalvelujen piirissä tai joiden palvelun tarve on muuttunut. (Palvelutarpeen arviointi määräajassa 2011.)

Ikäihmisten palvelutarpeen arviointi koskee koti- ja asumispalveluja, omaishoidontukea, laitoshoidtoa ja erityislakien mukaisia palveluja. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle on oikeus saada kirjallinen päätös palvelujen antamisesta tai epäämisestä. Asiakas voi hakea myös päätökseen muutosta. Palvelutarpeen arvioi kunnan ikääntyneiden palveluista vastaava viranomainen. (Palvelutarpeen arviointi... 2011.)

Palveluntarve voidaan kartoittaa ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa arvioidaan asiakkaan toimintakykyä, voimavaroja, asuin- ja elinympäristöä ja mahdollista palvelun tarvetta. Ennaltaehkäisevä kotikäynti ei läheskään aina johda asiakassuhteeseen. Se kuitenkin antaa organisaatiolle tietoa, mitä palveluita mahdollisesti tulevaisuudessa tarvitaan. Ennaltaehkäisevällä kotikäynnillä on hyvä tilaisuus kertoa erilaisista palvelujen

mahdollisuuksista. Kotikäynnillä voidaan asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja mitata erilaisilla mittareilla. (Hägg ym. 2007, 28 - 30.)

75-vuotiaiden hyvinvointipäivä on JIK ky:ssä suunniteltu ennaltaehkäisevä toimintamalli iäkkäiden terveyden edistämiseksi. Sen tarkoituksena on kartoittaa kokonaisvaltaisesti elämän ja toimintakyvyn tilanne. Kaikille 75-vuotta täyttävälle lähetetään edellisenä vuonna postitse kysely psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittamiseksi. Kyselyn palauttaneet saavat kutsun hyvinvointipäivään, jonka aikana tehdään kokonaisvaltainen fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen tilanteen kartoitus. Ennaltaehkäisevä kotikäynti pyritään tekemään, mikäli asiakas on estynyt osallistumasta hyvinvointipäivään (JIK ennaltaehkäisevät palvelut [viitattu 13.2.2013].)

Mikäli asiakkaalle järjestetään palveluita, hänelle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on hoitosopimus. Se päivitetään voinnin olennaisesti muuttuessa tai vähintään kerran vuodessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä paikalla tulisi olla asiakkaan itsensä lisäksi kaikki ne, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon, esimerkiksi omaiset. (Palvelutarpeen arviointi... 2011.) Päävastuu hoito- ja palvelusuunnitelman teossa on kuitenkin palveluvastaavalla tai kotihoidon työntekijällä, koska kaikilla kotihoidon säännöllisiä palveluja saavilla asiakkaalla pitää olla asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuva hoitosuunnitelma. (Mäkinen ym. 1998, 106.) Palvelu voidaan järjestää kotihoidon tilapäisenä tai säännöllisenä palveluna. Asiakas voi ostaa myös palvelun ulkopuoliselta palveluntuottajalta. (Palvelutarpeen arviointi... 2011.) Palveluseteli on otettu JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä käyttöön vuoden 2012 alusta.

#### **4.2 Kotiutumisosprosessiin liittyviä tutkimuksia ja kehittämishankkeita**

Leena Kopsen (2003) tekemän väitöskirjan tarkoituksena oli kehittää käytännön toimintaa tukeva teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja siihen vaikuttavasta potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyöstä kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä. Tutkimustuloksista nousee esiin, että hoitohenkilökunnan on käytännössä tunnistettava toimiva, joustava ja voimavaroja järkevällä tavalla



hyödyntävä toimintamalli. Tämän avulla kyetään tukemaan iäkkään potilaan selviytymistä ja osapuolten välistä yhteistyötä siirtymisvaiheessa. Näiden seikkojen avulla pystytään luomaan toimiva kontakti ja yhteistyö iäkkään potilaan, omaisten, kotihoidon ja sairaalan välille. Tutkimuksen perusteella iäkkään potilaan siirtymävaiheessa tarvitaan yhteistyötä, jolla tuetaan selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen ja samalla säädetään yhteistyön intensiteetti niin kuin tilanne vaatii. Koposen mukaan teorian avulla hoitohenkilökunta kykenee määrittämään potilaan ja omaisten tilannetta jäsentämällä ja arvioimalla toimintaansa potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen.

Pia Leppäsen (2006) opinnäytetyön tarkoituksena oli kotiutushoitajatoiminnan kehittäminen ja sen soveltaminen käytäntöön, kotiutushoitajan keskeisimpien tehtävien kuvaaminen sekä kotiutumisen kriteerien mallintaminen. Yksi tärkeimmistä tuloksista oli, että onnistuneen kotiutumisen kriteerit eivät liity ainoastaan kotiuttavaan yksikköön, vaan myös kotihoitoon. Kriteerit ovat saavutettavissa siten, että kotiutumisen yhteydessä tehdään yhteistyötä kotiuttavan yksikön ja kotihoidon välillä. Tutkimukseen osallistuneet kotiutushoitajat pitivät ihanteena ilmoitusta kotiutumisesta 3 päivää ennen varsinaista kotiutumista. Leppäsen tutkimuksessa ilmeni, että kotiuttavaan yksikköön asetettujen kriteereiden taustalla on saada kotihoidon ja asiakkaan yhteistyön aloittaminen mahdollisimman helpoksi.

Teija Hammar on tehnyt väitöskirjan vuonna 2008. Sen aiheena oli Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Projektin tarkoituksena oli kehittää, toimeenpanna ja arvioida uudenlaisia palveluja sekä yhteensovittaa kotihoito- ja kotiutumiskäytäntöä eli PALKO-mallia. Tutkimuksessa kuvattiin millainen on kotihoidon asiakas ja haettiin tietoa kotihoidon asiakkaiden avun tarpeesta. Tarkoituksena oli myös arvioida PALKO-mallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta ennalta suunnitelluilla kontrolloiduilla testeillä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaalasta kotiutuvat kotihoidon asiakkaat arvioivat huonoksi toimintakykynsä ja terveyteen liittyvän elämänlaatunsa. Asiakkaiden ja hoitajien mielipiteet avun tarpeesta saattoivat erota toisistaan paljon ja heräsi

kysymys siitä, kenellä on lopullinen päätösvalta asiakkaiden hoidosta ja palveluista. PALKO-mallilla ei huomattu olevan vaikutusta asiakkaiden toimintakykyyn, kuolleisuuteen tai sairaala/laitoshoitoon joutumiseen. Yksi keskeisimmistä tuloksista oli kuitenkin se, että järkevällä palvelujen yhteensovittamisella pystytään saavuttamaan etuja sekä asiakkaille että yhteiskunnalle. Nämä uudet toimintojen muutokset eivät kuitenkaan saavuta huippuaan heti, vaan niiden juurruttamiseksi tarvitaan aikaa.

Päivi Keskinen (2008) on tehnyt opinnäytetyön aiheesta Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaala – katkeamaton hoitoketju. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari. Työn tarkoituksena oli kuvata hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmasta. Opinnäytetyössään Keskinen käytti aikaisempia tutkimuksien ja hankkeiden tuloksia ja teki pienimuotoisen haastattelun. Kotihoidon näkökulmasta painottuivat yhteistyö, riittävän aikaisin saatu tieto kotiutumisesta ja riittävän tiedon välittyminen. Sujuvan yhteistyön merkityksestä oltiin samaa mieltä. Omaiset koettiin tärkeinä yhteistyö-kumppaneina. Potilaan tahto ja motivaatio kotiutua ovat olennaista hyvälle kotiutumiselle. Kotiutumissuunnittelun tulee käynnistyä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja arvio kotiutumisaikataulusta laatia mahdollisimman pian.

lina Korhosen ja Tiina Laaksorannan opinnäytetyö (2010) käsittelee kotiutumisprosessin kehittämistä vanhustyössä. Opinnäytetyö on tehty ikääntyvän näkökulmasta käsin ja sen tarkoituksena oli selvittää, kuinka ikääntyvät kokivat kotiutumisprosessin kokonaisuudessaan ja mitkä tekijät tukevat ja ylläpitävät ikääntyvien arjessa selviytymistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tutkimustulosten mukaan ikääntyvät olivat tyytyväisiä kotiutumisprosesseihinsa kokonaisuudessaan. Arkea tukeviksi tekijöiksi ikääntyvät kokivat sosiaaliset verkostot, apuvälineet ja erilaiset tukitoimet sekä arjen rutiinit. Kodin merkitys korostui, eikä kotona asumiselle nähty muita vaihtoehtoja. Ikääntyville oli jäänyt tunne, että he olivat päässeet vaikuttamaan heitä koskevaan päätöksentekoon.

Kotiutuminen sairaalasta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna on Marjo Mitrosen ja Pirjo Solmulan (2011) tekemä opinnäytetyö. Heidän opinnäytetyönsä oli työelämälähtöinen ja se tuli Keuruun vanhustyön käyttöön. Opinnäytetyön

tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden kokemuksia sairaalahoidosta kotiutumisesta. Tärkeimmät tulokset olivat, että kokemukset kotiuttamisesta olivat pääsääntöisesti positiivisia. Joissakin tapauksissa kotiuttaminen oli koettu kiireiseksi ja se oli suunniteltu puutteellisesti. Asiakaslähtöinen suunnittelu edesauttoi kotona selviytymistä sairaalajakson jälkeen. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi koettiin kotiutustiimin tiivis yhteistyö ja palvelujen systemaattinen kartoittaminen.

Roberts (2002) on tutkinut Iso-Britaniassa, missä määrin ikääntyneet olivat kykeneviä ja halukkaita olemaan aktiivisessa roolissa kotiutumisprosessin suunnittelussa. Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä esimerkiksi haastatteluja ja kyselylomakkeita. Suurin osa vastaajista koki, että he saivat olla mukana päätösten tekemisessä ja heitä kuunneltiin. He kokivat myös, että saivat terveydenhuollon ammattilaisilta tarvittavia neuvoja. Tutkimuksessa ilmeni, että kaikki eivät kuitenkaan ole halukkaita osallistumaan päätöksentekoon. He olivat tyytyväisiä siihen, että hoitohenkilökunta teki päätökset heidän puolestaan.

Taulukko 3 Yhteenveto aiheeseen liittyvistä tutkimuksista

Koponen, Leena	Tampereen yliopisto, väitöskirja, 2003	Käytännön toimintaa tukeva teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja siihen vaikuttavasta potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyöstä kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä.	Hoitohenkilökunnan tunnistettava toimiva, joustava ja voimavaroja järkevällä tavalla hyödynnetävissä oleva toimintamalli. Tämän avulla kyetään tukemaan iäkkään potilaan selviytymistä ja osapuolten välistä yhteistyötä.  ->toimivan kontaktin ja yhteistyön luominen.
<b>Leppänen, Pia</b>	Helsingin ammattikorkeakoulu, Ylempi AMK-tutkinto, 2006	Kotiutushoitajan tehtäväkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit.	Kotiuttavaan yksikköön asetettujen kriteerien taustalla on saada kotihoiton ja asiakkaan yhteistyön aloittaminen mahdollisimman helpoksi.
<b>Hammar, Teija</b>	Tampereen yliopisto, väitöskirja, 2008	Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoiton asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.	Sairaalaan kotiutuvat kotihoiton asiakkaat arvioivat huonoksi toimintakykynsä ja terveyteen liittyvän elämänlaadun. Asiakkaiden ja hoitajien mielipiteet avun tarpeesta saattoivat erota toisistaan ja heräsi kysymys, kenellä on lopullinen päätösvalta asiakkaiden hoidosta ja palveluista.
<b>Keskinen, Päivi</b>	Stadia, Ylempi AMK- tutkinto, 2008	Kehittää hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari sekä kuvata hyvän kotiutumisen edellytykset.	Omaisiet tärkeässä osassa, potilaan tahto ja motivaatio olennaisia. Kotiutuksen suunnittelu varhaisessa vaiheessa.
<b>Korhonen, Iina Laaksoran-ta, Tiina</b>	Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma, 2010	Kotiutumisprosessin kehittämistä vanhustyössä.	Ikääntyvät olivat tyytyväisiä kotiutumisprosesseihinsä kokonaisuudessaan. Arkea tukeviksi tekijöiksi ikääntyvät kokivat sosiaaliset verkostot, apuvälineet ja erilaiset tukitoimet sekä arjen rutiinit.
<b>Mitronen, Marjo Sormula, Pia</b>	Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosionomi, 2011	Kotiutuminen sairaalasta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna.	Kokemukset kotiutumisesta pääsääntöisesti positiivisia. Joskus kotiutuminen liian kiireinen. Asiakaslähtöinen suunnittelu edesauttoi kotona selviytymistä.
<b>Roberts, Kathryn</b>	Centre for Health Research and Evaluation, Ormskirk, Lancashire, UK, 2002	Ikääntyneen osallistuminen kotiutumisprosessin suunnitteluun.	Suuri osa osallistuneista koki saavansa osallistua. Osa oli tyytyväisiä, ettei heidän tarvinnut osallistua. Hoitohenkilökunnalta saatiin tarvittavia neuvoja.

Kehittämishankkeita kotiutumisprosessiin liittyen on tehty valtakunnallisesti ja alueellisesti. Väli-Suomen Ikäkaste oli kuuden osahankkeen muodostama hankekokonaisuus, joka sai helmikuussa 2009 valtionavustusta alueelliseen kehittämistoimintaan sosiaali- ja terveysministeriöstä. Kehittämistyöllä luotiin eheitä palvelukokonaisuuksia ja parannettiin palvelujen laatua, saatavuutta ja

vaikuttavuutta. Hanke päättyi 31.10.2011, mutta kehittämistyö jatkuu IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE II -hankkeessa, jota hallinnoi Tampereen kaupunki. Mukana on kaikkiaan 47 kuntaa ja kolme maakunnallista sote-kuntayhtymää. (Ikäkaste 2011.)

Kaste-hanke toteutetaan verkostomaisena hankkeena, jonka tärkeimmän tason muodostavat alueelliset, paikallisista tarpeista lähtevät osahankkeet. Kaikki viisi osahanketta nivoutuvat toisiinsa yhteisiksi määriteltyjen kehittämisteemojen kautta. Teema-alueet ovat esitelty taulukossa 4.

Taulukko 4 Kehittämisteemojen osa-alueet IKÄKASTE II - hankkeessa

<b>TEEMA-ALUE 1</b>	Asiakaslähtöiset palvelukonseptit ikäihmisten palveluissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tukea hankekuntia ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon rakenteen uudistamisessa kohti yksiportaista palvelumallia</li> <li>- Pilotoida palvelukampus –toimintamallia erilaisissa ympäristöissä</li> <li>- Vahvistaa ja monipuolistaa kotona asumista tukevia palveluita (mm. perhehoidon mahdollisuudet)</li> <li>- Vahvistaa toimijoiden ammatillisuutta, osaamista ja ammattietiikkaa</li> </ul>
<b>TEEMA-ALUE 2</b>	Ikääntyvän neuvonta, palveluohjaus, palvelutarpeen arviointi sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävät ikäihmisten palvelut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehittää ikäneuvontatoimintaa (ikäihmisille suunnatun terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tiedotus, valmennus ja muut palvelumuodot)</li> <li>- Juurruttaa hyväksi koettuja, ja kehittää uusia työkaluja asiakasohjausprosessiin sekä palveluohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin</li> <li>- Kehittää hyvinvointia edistävien kotikäyntien sisältöjä, lomakkeistoa sekä dokumentointia</li> <li>- Luoda uusia etsivän työn menetelmiä riskiryhmien erityistarpeiden tunnistamiseen ja niihin vastaamiseen</li> <li>- Edistää ja juurruttaa ennalta ehkäisevän toiminnan kulttuurin leviämistä toiminta- ja työmenetelmiin sekä osaksi palvelujen kokonaisuutta</li> </ul>

Yhteisten tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan samojen indikaattoreiden avulla kaikissa osahankkeissa. Osahankkeet tekevät alueillaan tiivistä yhteistyötä mm. kuntien, tutkimus- ja oppilaitosten sekä järjestöjen ja muun kolmannen sektorin kesken. Osahankkeet tekevät myös hankkeiden välistä jatkuvaa yhteistyötä sekä vertailevaa arviointia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Ikäkaste 2011.)

Merkittävä kotihoitoa koskettava hanke on Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista pilotointi, johon JIK:n kotihoidon yksiköt on hyväksytty. Laki tulee voimaan heinäkuussa 2013. Uuden

lain tarkoitus on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, parantaa heidän mahdollisuuttaan osallistua päätösten valmisteluun ja parantaa mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvcluja. JIK-alueella on tarkoitus vähentää niin sanottua "pyörövi-ilmioitä" kehittämällä monipuolista palvelutarpeen arviointia kotiuttamistilanteessa, jossa terveystalvcluksen vuodeosastolta kotiutuneet ikäihmiset palaavat sinne pian takaisin. Kotiutustyöhön on tarkoitus myös saada yhdenmukaisuutta eri kuntien kesken.

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä on paljon aktiivista kehittämistoimintaa. Ensio- Ensioite ikääntymiseen on vuonna 2010 perustettu JIK ky:n oma sisäinen projekti, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäisevän vanhustyön ja ikäihmisten palveluiden kehittäminen JIK-alueen kaikissa kunnissa. Ension toinen tärkeä tehtävä on iäkkäiden kuntalaisten terveyden ylläpito ja edistäminen.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kotihoitopotilaan hoitoketjua eri yksiköiden välillä JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän terveyskeskuksissa. Tavoitteena oli mallintaa kotiutumisprosessi ja luoda hyviä yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille. Kehittämistehtävä toteutettiin Kurikan terveyskeskuksessa ja kotiutumisprosessi mallinnettiin koko JIK:n käyttöön. Kehittämistyömme näkökulma oli asiakaslähtöinen.

Ensimmäinen kehittämisen tehtävä oli rakentaa yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille. On tärkeää, että yhteistyö toimii ja jokaisella on yhteiset näkemykset ja tavoitteet asiakkaan hoidosta. Toinen kehittämisen tehtävä oli kotiutumisprosessin mallintaminen. Onnistunut ja hyvin suunniteltu kotiutuminen tuo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta sekä lyhentää ja vähentää toistuvia sairaalajaksoja.

Lähtökohtana oli selkeä tarve kotiutumisprosessin kuvaamiselle. Henkilökohtaisen kokemuksemme mukaan asiakkaan kotiutumisen solmukohdaksi on muodostunut eri yksiköiden välillä hoitohenkilökunnan moniammatillisen yhteistyön riittämättömyys ja tiedon jakamisen puutteellisuus. Asiakkaan kotiutuminen tulisi toteutua suurin piirtein samalla kaavalla, että kotiutumistilanne olisi tasalaatuista jokaisen kotiutuvan kohdalla. Hyvin suunnitellulla kotiutumisella voidaan helpottaa vuodeosaston kuormittumista.

## 6 KEHITTÄMISMENETELMÄT JA AINEISTOT

### 6.1 Käytännön kehittämisen ja tutkimuksen yhdistäminen

Perinteisessä tutkimuksessa tekeminen hahmotellaan yleensä johdonmukaisesti etenevinä prosesseina vaihe vaiheelta. Aluksi kartoitetaan kirjallisuus, jonka jälkeen tulevat tutkimussuunnitelma, tutkimustehtävien ja -ongelmien asettaminen, aineiston keruu, tulosten esittäminen ja lopuksi laajemmat päätelmät. Toimintatutkimus eroaa tällaisesta tavanomaisesta tutkimusprosessista. Toimintatutkimusta suunniteltaessa lähtökohtana voi olla arkisessa toiminnoissa havaittu ongelma, jota ryhdytään kehittämään. (Toikko & Rantanen 2009, 50.)

Kehittämistehtävässämme käytettiin soveltaen toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Tämän ajatuksen pohjalta tuotetaan uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää käytäntöön. Toimintatutkimusta voidaan pitää yhteisöllisenä prosessina, jossa tutkijan tarkoituksena on itse osallistua toiminnan kehittämiseen tekemällä tutkimuskohteeseen muutokseen tähtäävän väliintulon eli intervention. Toimintatutkijan tulee olla aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Tämä lähestymistapa edellyttää yhteisöltä valmiutta muutoksiin ja halua itsensä kehittämiseen. Samanaikaisesti se edellyttää panostusta oman toiminnan arvioivaan tarkasteluun. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 19 - 20, Kiviniemi 1999, 63 - 65.)

Osallistaminen toimintatutkimuksessa on tärkeää. Yksi ihminen ei voi tutkia ja parantaa käytäntöä, koska ilman tarpeellista käytännön näkökulmaa tietoa on mahdoton käyttää. Ihmisillä on oikeus ja mahdollisuus vaikuttaa heitä koskeviin päätöksiin ja siihen tietoon, joka he kokevat toimintatutkimuksessa tärkeimmässä roolissa. Koska toimintatutkimus on läheisesti sidoksissa ihmisten työhön, hyvä toimintatutkimus kehittyy ajan myötä yhteisöissä ja käytännöissä. (Reason 2006, 189.)

Kehittämistyömme taustalla oli praktinen näkökulma. Lähestymistapaa voidaan kutsua myös vastavuoroiseksi lähestymistavaksi. Asiantuntijat ja yhteisön jäsenet



määrittävät ja suunnittelevat yhdessä toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi, samalla toiminnan prosessiluonteisuus korostuu. Suunnitelmaa korjataan ja muokataan koko toteutuksen ajan. Praktisessa lähestymistavassa pyritään tunnistamaan yhdessä ongelma ja siihen vaikuttavat tekijät. Prosessille on ominaista joustavuus ja avoimuus. Tavoitteena on toiminnan ymmärtäminen uudella tavalla, toimiminen entistä itsenäisemmin ja tietoisemmin. (Toikko & Rantanen 2009, 45 - 47.)

Kehittäminen nähdään usein konkreettisena toimintana, jolla on tavoite saavutettavana. Kehittäminen tähtää muutokseen, sillä tavoitellaan jotakin parempaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Toimintatavan kehittäminen voi olla yhden työntekijän työskentelyn kehittämistä tai laaja-alaisempaa, koko organisaation yhteisen toimintatavan kehittämistä. Esimerkiksi työprosessin mallinnukset ovat toimintatavan kehittämistä. Kehittämistoimintaa suunniteltaessa on olennaista näkökulman valinta eli kenen ehdoilla kehittämistä tehdään ja mistä kehittämistoiminta on lähtöisin. Kehittämisen prosessi voidaan myös rakentaa toimijalähtöiseltä pohjalta avoimessa ympäristössä, jolloin kehittämisen tavoitetta ole määritelty ennalta, vaan se muotoutuu prosessin edetessä. (Toikko & Rantanen 2009, 14 - 16, 48 - 49.)

## 6.2 Kehittämisen menetelmät

Prosessin kehittämisellä tarkoitetaan prosessimaiseen tapaan siirtymistä, uuden yksittäisen prosessin käyttöönottoa, olemassa olevien prosessien uudistamista tai parannuksia. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 6.) Kehittämistyössämme kehitettiin kolmea prosessia toimintatutkimuksen idean mukaisesti. Kehittämisryhmän kanssa käytettiin erilaisia luovia ja osallistavia menetelmiä, käytetyt menetelmät esitellään tässä luvussa.

**Kyselylomake** on perinteinen usein käytetty ja suosittu tapa hankkia tietoa ja palautetta tehokkaasti ja anonyymisti. Lomakkeen avulla on mahdollista kerätä sekä määrällistä että laadullista tietoa. Jos vastaajien määrä on suuri, laadullista

tietoa tuottavien avokysymysten määrä kannattaa olla mahdollisimman pieni. Vaikka niiden avulla saadaan tarkempaa tietoa, ne ovat hyvin työläitä. Pienissä otannoissa numeerisista vastauksista ei voi tehdä yleistettäviä johtopäätöksi ja silloin laadullisesta tiedosta on enemmän hyötyä. (Kyselylomake [viitattu 30.10.2012].) Kyselylomaketta käytettiin kotiutumiskokemuksien kartoittamisessa. Käytännön toteutus ja tulokset ovat kuvattu tarkemmin sivulla 39.

**SWOT-analyysin** nimi tulee englannin sanoista Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats. Suomeksi nämä sanat tarkoittavat vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Esimerkiksi työympäristöä ja siellä tapahtuvaa oppimista analysoitaessa SWOT-analyysi on tärkeä väline. Sen tulosten avulla voidaan prosessia ohjata ja tunnistaa työpaikalla tapahtuvat oppimisen epäkohdat. Neljä analyysin osa-alueita on jaoteltu sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin, joista vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä ja mahdollisuudet ja uhat ulkoisia (Kuvio 4.) SWOT-analyysin tuloksia pitäisi käyttää lähinnä suuntaa antavina, koska tulokset saattavat olla hyvin subjektiivisia. Tämä johtuu siitä, että kaksi ihmistä päätyy harvoin samaan analyysiin, vaikka heillä olisi käytössään samat tiedot ja sama toimintaympäristö. (SWOT-analyysi [viitattu 30.10.2012]). SWOT-analyysia käytimme ensimmäisessä kehittämissuunnitelman kokoontumisessa prosessin alkuun saattamiseksi. Tarkemmin käytännön toteutusta on kuvattu sivulla 40.

	Myönteiset	Kielteiset
Sisäiset tekijät	<b>VAHVUUDET</b> positiiviset tekijät	<b>HEIKKOUEDET</b> negatiiviset tekijät
Ulkoiset tekijät	<b>MAHDOLLISUUDET</b> lista mahdollisuuksista	<b>UHAT</b> uhkatekijät

Kuvio 4 Nelikenttäanalyysi eli SWOT

**Pyramidiharjoituksen** avulla voidaan luoda koulutuksen, opintoryhmän tai tiimin yhteiset pelisäännöt, mutta sitä voidaan käyttää myös arvojen tai periaatteiden laatimiseen ja palautteen keräämiseen. Pyramidiharjoituksessa jokainen miettii ja kirjaa ylös pyramidimalliin itsekseen pohditusta asiasta kuusi tärkeintä asiaa siten, että tärkein on ylhäällä. Sen jälkeen pareittain pohditaan molempien kuudesta

kirjaamasta asiasta yhteiset kuusi tärkeintä. Sitten kaksi paria muodostavat neljän hengen ryhmän ja heidän tavoitteenaan on jälleen saada 6 yhteistä asiaa pyramidimalliin. Nämä mallit kiinnitetään kaikkien näkyville ja jokainen jäsen saa viisi ääntä, jotka käyvät antamassa tukkimiehen kirjanpidolla tärkeimpinä pitämilleen asioille. (Kyrönlähti & Palomäki 2011.) Pyramidiharjoitusta käytettiin soveltaen ryhmän pienen koon takia kehittämistyömme toteutuksessa (katso sivu 48.)

**Learning cafen eli oppimiskahvilan** avulla voidaan luoda uutta tietoa ja siirtää sitä eteenpäin. Oppimiskahvilan idea on innovatiivinen ja yksinkertainen. Siinä otetaan esiin teemoja ja kysymyksiä, joihin halutaan ratkaisuja osallistujilta. Learning cafen lähtökohtana ovat pienet ryhmät, jotka keskustelevat pöydän ääressä kyseisestä aiheesta. Prosessin aikana ryhmät siirtyvät pöydästä toiseen, jolloin ideat ”ristipölyntyvät” ja rikastuvat. Omat näkemykset selitetään ja kuvataan, jolloin näkemykset muokkautuvat ja niille saadaan yhteinen ymmärrys. Toisen näkemyksiä voidaan kommentoida ja jopa kyseenalaistaa. Pienryhmien tarkoitus on löytää yhteinen näkemys, joka jalostuu siitä puhuvien ja työstävien kesken. (Hassinen 2008, 59.) Learning cafe -menetelmää käytettiin hyvien yhteistyökäytäntöjen suunnittelussa ja koonti-listan kokoamisessa. Tarkemmin Learning cafe-menetelmän toteutusta on kuvattu sivulla 50.

**Prosessin mallintamisella eli kuvaamisella** tarkoitetaan lisäarvoa tuottavien sekä niihin kytkeytyvien tieto- ja materiaalivirtojen tunnistamista ja kuvaamista. Aluksi määritellään alku ja loppukohdat prosessille eli syötteet ja tuotokset. (Martinsuo ym. 2010, 8 - 10.) Kohdealue ja sen tutkittavana oleva systeemi voidaan käsitteiden tunnistamisen, suunnittelun ja määrittelyn sekä kohdealueeseen liittyvän tietosisällön avulla muodostamaan käsitteellinen malli eli käsitekaavio. Sen avulla tietojen sisältö (merkitys), systeemin toiminta ja eheyssäännöt muotoillaan. Käsitekaavio sisältää kaiken oleelliseksi arvioidun käsitteellisen informaation järjestelmästä ja sen toiminnasta, mutta myös järjestelmän käyttäytymisen ja dynamiikan. (Käsitteellinen mallintaminen [viitattu 15.1.2013].) Asiakkaan kulku organisaation sisällä on kuvattu prosessin mallintamista käyttäen (katso sivu 53.)

**Itsearviointi eli oman toiminnan arviointi** tarkoittaa sitä, mitä jokainen omasta tekemisestään vastaava taho tekee toimintansa kehittämiseksi. Sen avulla pystytään tunnistamaan ryhmän toiminnan vahvuudet ja parantamista kaipaavat alueet. Itsearviointia voidaan pitää yhtenä tärkeimmistä kehittämisen menetelmistä. (Kehittävä itsearviointi [viitattu 25.2.2013].) Itsearviointia olemme käyttäneet kehittämisprosessin onnistumisen arvioinnissa. Menetelmän käyttö on kuvattu tarkemmin sivulta 60 alkaen.

### **6.3 Aineiston analysointi**

Saatu aineistoa voidaan pitää laadullisena, vaikka kehittämistyömme ei suoranaisesti ole laadullinen tutkimus. Sisällön analyysissä käytettiin aineistolähtöistä analysointimallia, jossa aineiston olennainen sisältö on säilytetty ja hyödynnetty sellaisenaan. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa aineistoissa. Sen avulla kyetään analysoimaan aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti sekä saamaan aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 93 - 101.)

Kehittämisryhmässä saadusta aineistosta rakennettiin analyysin avulla sanallinen ja selkeä kuvaus. Sisällönanalyysia hyödyntämällä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon ilman, että sen sisältämä informaatio katoaa. Laadullista aineistoa analysoitaessa päämääränä on informaatioarvon lisääntyminen. Siksi sen käsittely pohjautuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aluksi aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi uudella tavalla. Analyysia tehdään laadullisessa aineistossa jokaisessa vaiheessa. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108.) Kehittämisryhmämme aineiston pienuuden takia analysointi on ollut lähinnä luokittelevaa ja kuvailevaa. Aineiston keruumenetelmät, aineiston kuvaus ja analyysi on koottu taulukkoon 5.

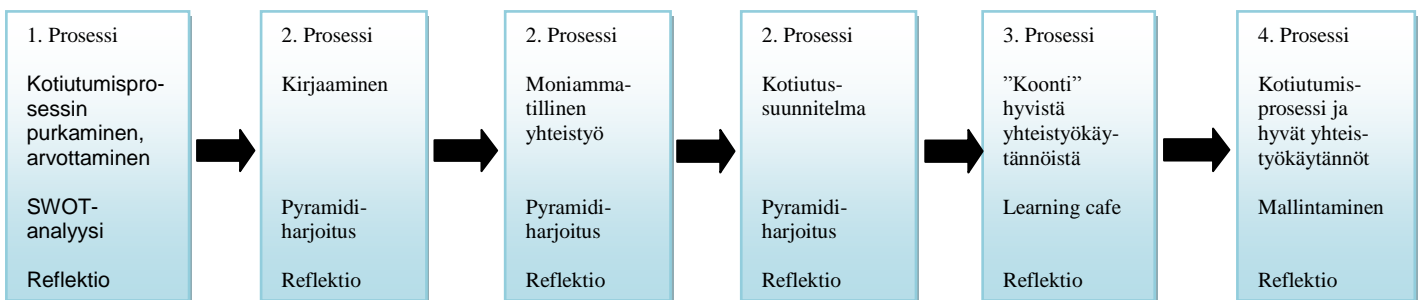
Taulukko 5 Kehittämisen menetelmät, aineistojen kuvaus ja analyysi

Menetelmä	Kuvaus	Analyysi
<b>Asiakaskysely</b>	15 kyselylomaketta vuodeosastolta kotiutuville, palautui 8.	Sisällön analyysi
<b>SWOT-analyysi</b>	Kehittämissryhmä	Luokittelu, arvottaminen
<b>Pyramidiharjoitus</b>	Kehittämissryhmä	Luokitteleva, kuvaileva
<b>Learning cafe -menetelmä</b>	Kehittämissryhmä	Luokitteleva, kuvaileva
<b>Mallintaminen</b>	Kehittämissryhmä	Luokitteleva, kuvaileva
<b>Palaute</b>	Kehittämissryhmä	Sisällön analyysi

Sisällönanalyysin tavoitteiden mukaisesti kyselylomakkeet ja kehittämissryhmältä saatu palaute kuvattiin tiivistetyssä, pelkistetyssä ja yleisessä muodossa. Kyselylomakkeen kysymykset olivat suurimmaksi osaksi muodoltaan avoimia. Avointen kysymysten tarkoituksena oli antaa vastaajille mahdollisuus sanoa, mitä he todellisuudessa ajattelivat. Avointen kysymysten vastaukset ryhmiteltiin kysymyksittäin. Koska otos oli pieni, kaikkien osallistujien näkemykset tulivat esiin. Kehittämissryhmän jäseniltä saatiin arviointi sähköpostitse. Varsinaisia arviointikysymyksiä ei ollut, mutta muutamia teema-alueita oli annettu johdannoksi. Saadut vastaukset ryhmiteltiin kehittämissryhmää, menetelmiä ja lopputulosta koskevien teemojen alle. Analyysin avulla aineisto muuttui kehittämistyön teoreettiseksi kuvaukseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 66).

## 7 KEHITTÄMISEN ETENEMINEN JA TULOKSET

Kehittämisryhmä koottiin avoimella kutsulla osastonhoitajille ja avopalveluohjaajille. Pyysimme heitä ja 1-3 kehittämisestä kiinnostunutta hoitajaa osallistumaan kehittämisryhmän toimintaan. Kokoontumiskertoja oli neljä. Jokaiselle kerralle oli suunniteltu oma kehittämisteemansa edellisellä kerralla esiin nousseista asioista ja näiden perusteella priorisoitiin kehittämisen kohteet. Työstämisessä käytettiin erilaisia osallistavia ja luovia menetelmiä. Tärkeässä roolissa kokoontumiskerroilla oli keskustelu, reflektio ja avoin mielipiteiden vaihto. Välillä keskustelu ”rönsyili” aiheen ulkopuolellakin, mutta se toi hyviä näkökulmia ryhmän työskentelyyn. Alla olevassa kuviossa 5 on esitelty kehittämisprosessin eteneminen.



Kuvio 5 Kehittämisprosessin etenemisen vaiheet

### 7.1 Kehittämisen lähtötilanne: esimerkitapaukset ja kotiutuvien kokemukset

Kehittämistyömme lähtökohtana oli arkityöstämme noussut tarve kotiutusprosessin kehittämiseksi. Kotisairaanhoidon työntekijöinä olemme nähneet ja kokeneet monenlaisia kotiutuksia, onnistuneita ja epäonnistuneita. Alla on esitettyä kaksi huonoa kotiutusta, jotka olisi voitu välttää hyvällä kotiutuksen suunnittelulla.

*Vuonna 1927 syntynyt rouva joutui terveyskeskuksen vuodeosastolle sekavuuden ja kaatuilun takia. Tulosten perusteella todettiin virtsatieinfektio ja siihen aloitettiin antibioottihoito. Osastolla rouvalla oli sekavuutta ja hän tarvitsi liikkumiseen toisen henkilön tukea.*

*Osastokierrolla viikon kuluttua ei ollut puhuttu kotiutumisesta, mutta seuraavana päivänä ilmoitettiin rouvan kotiutuvan tunnin sisällä. Työntekijä lähti kiireesti kauppaan ostamaan ruokaa jääkaappiin. Kaupassa ollessaan ambulanssista soitettiin, että he ovat tulossa 5-10 minuutin kuluttua. Kotiutuessaan rouva oli edelleen sekava ja liikkuminen oli hankalaa. Hän ei tunnistanut kotiaan ja kyseli missä on. Hän jäi kotiin turvapuhelimen ja kotihoidon käyntien turvin, joita oli 2 päivässä.*

*65-vuotias monisairas reilusti ylipainoinen nainen sairastui masennukseen. Hän makasi vuodeosastolla useita viikkoja ilman elämänhalua. Hänelle aloitettiin mielialälääkitys ja yritettiin järjestää jatkohoitopaikka mielenterveyskuntoutujien yksiköstä. Siellä ei kuitenkaan ollut tilaa ja jäätiin odottavalle kannalle. Yllättäen torstaina ilmoitettiin hänen kotiutuvan perjantaina. Aikaisemmin hänellä ei ole ollut kotihoidon palveluja ja suunnittelu jouduttiin aloittamaan alusta. Rouva makaa kotona sängyssä, eikä liiku. Työntekijöiden kannustus ei auta, hän haluaa kuolla. Osastolla ei kukaan arvioinut ennen kotiutumista, onko mielialälääkkeestä ollut apua tai miten jatkossa toimitaan.*

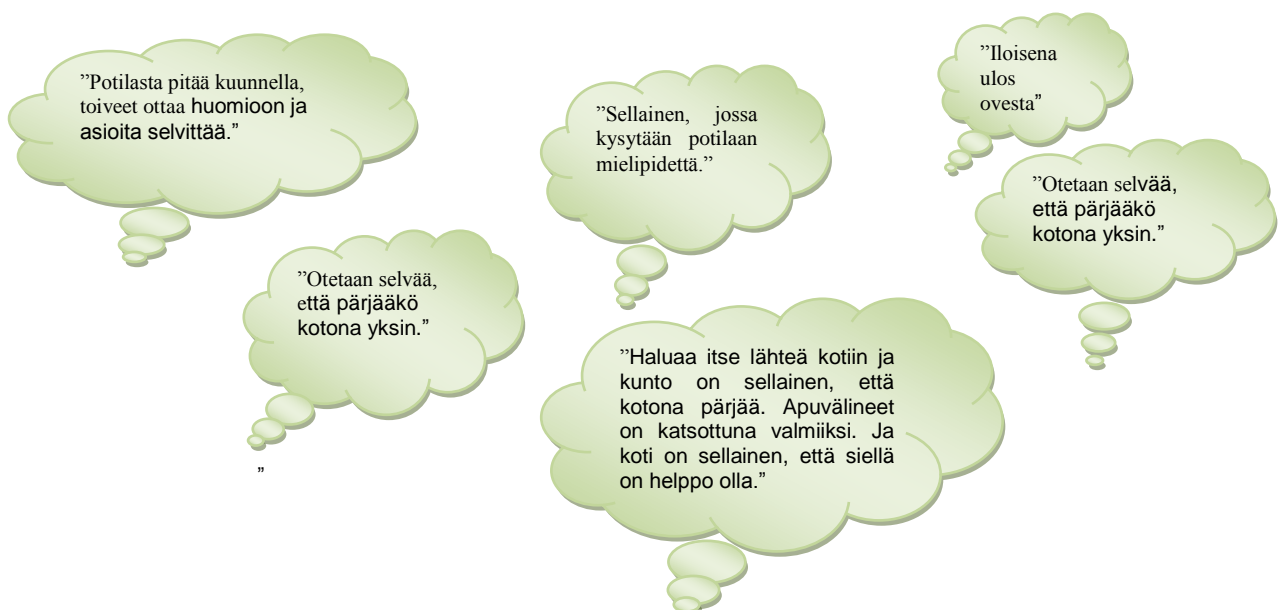
Etteivät edellisten esimerkkien negatiiviset kokemukset ohjaisi kehittämistyömme etenemistä, halusimme kyselylomakkeella kartoittaa kotiutumiskokemuksia asiakas-näkökulmasta (Liite 1). Otos oli tarkoituksella pieni. Kyselylomakkeita jaettiin Kurikan terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuville 15, joista 8 palautui takaisin. Vastanneista 7 oli naisia ja yksi mies. Ikäjakama oli 63-85 vuotta. Yli puolet vastaajista asui omakotitalossa. Vastaajista yksin ja puolison kanssa asuvia oli yhtä monta.

Vastauksista kävi ilmi, että kotiutusta oli alettu suunnitella asiakkaan kunnosta riippuen heti osastojakson ensimmäisinä päivinä, mutta viimeistään kotiutumista edeltävinä päivinä. Pitkän hoitojakson aikana kotiutumista suunniteltiin jo puoli vuotta ennen kotiutumista, joten kotona tarvittavat muutostyöt ehdittiin aloittaa. ”Salamakotiutuksia” ei ilmennyt, vaan suunnitelmallisuus näkyi kaikista vastauksista.

Toimintakyvyn arviointia koskevaan kysymykseen lähes kaikki vastasivat kyllä. Toimintakykyä oli arvioitu liikkumisessa, siitä oli puhuttu ja kyselty. Kuntoutusosastolla varmistettiin ennen kotiutumista, että toimintakyky oli riittävä kotiutusta ajatellen. Kahdessa vastauksessa oli, että toimintakykyä ei arvioitu, koska he liikkuvat ja toimivat osastolla itsenäisesti. Hyväkuntoinen asiakas koki, että toimintakykyä ei arvioitu, koska hänen sairautensa ei ollut vaikea. Yhdestäkään vastauksesta ei ilmennyt, että asiakkaan toimintakykyä olisi arvioitu JIK:n hoitoisuuden arviointi lomakkeella.

Kyselyyn vastanneet kokivat, että heidän toiveensa ja mahdolliset huolenaiheensa huomioitiin hyvin. Huolenaiheita kartoitettiin keskustelemalla ja kuuntelemalla. Yksi vastaajista koki, ettei aluksi huomioitu, vaan hänet olisi kotiutettu kotiin remontin keskelle. Lopulta asiakas sai kuitenkin olla vuodeosastolla remontin valmistumiseen saakka. Kotona pärjäämiseen liittyvät asiat huomioitiin hyvin, avopalveluohjaajan keskustelut ja jatkojärjestelyt koettiin hyväksi. Jatkohoito, esimerkiksi kotisairaanhoido oli selvillä jo kotiutumisvaiheessa. Omaiset olivat mukana hoitopalaverissa kotiutumisprosessia suunniteltaessa tai olivat tietoisia asiakkaan suunnitellusta kotiutumisesta. Kaikkien vastanneiden mielestä kotiutuminen oli tapahtunut oikeaan aikaan ja he olivat tyytyväisiä kotiutukseen. Kotiutumista helpotti tieto siitä, että osastolle voi aina tulla takaisin, ellei pärjää kotona.

Kyselyyn vastanneiden mielestä hyvä kotiutuminen on:





Kyselylomake kotiutuvalla asiakkaalla antoi hyvin positiivisia vastauksia tämän hetken kotiutuksen suunnittelusta ja kotiutustilanteista. Vastanneiden kotiutukset olivat hyvin suunniteltuja, asiakasta oli kuultu ja kotiolot kartoitettu. Kotiutukset tuntuivat joustavilta ja asiakkaan tarpeet huomioonottavilta. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisen perusta on asiakastuntemus ja asiakkaan näkökulman huomioiminen. Ilman näitä tietoja asiakkaat muuttuvat anonyymiksi massaksi, jotka kulkevat läpi palveluprosessin saaden joko hyvää tai huonoa palvelua. Asiakasymmärrys pohjautuu aitoon kiinnostukseen asiakkaiden mielipiteistä. (Virtanen ym. 2011, 41, 45.)

## **7.2 Kotiutumisen prosessin analyysi ja arvottaminen**

Kehittämissuunnitelman ensimmäiseen tapaamiseen osallistui kaksi osastonhoitajaa ja avopalveluohjaajaa, poliklinikan sairaanhoitaja ja kotihoidon lähihoitaja. Ryhmän jäsenet kirjoittivat yleisellä tasolla ajatuksia kotiutumiseen liittyen, joko itsenäisesti tai pareittain. Jokaiselta nousi esiin riittävä informointi ja tiedonkulku. Kotiutuminen pyritään suunnittelemaan huolella ja hätiköintiä välttäen. Kokonaisvaltainen kartoitus koettiin kotiuttamisen tukipilariksi. Omaisten ja muun tukiverkoston edellytykset osallistua hoitoon selvitetään. Elleivät ajatukset mene yksin, on pyrittävä järjestämään hoitopalaveri. Jatkosuunnitelmat esitetään selkeästi, tarvittaessa tehdään hoitosuunnitelma ja lääkitystiedot laitetaan ajantasalle. Myös yhteistyön tärkeys korostui. Ryhmässä oltiin sitä mieltä, että toisen yksikön puolesta ei luvata mitään.

Seuraavaksi ryhmässä jatkettiin kotiutumisen-käsitteen pilkkomista pienempiin osiin käyttäen nelikenttäanalyysiä eli SWOT-menetelmää. Suunnitelmana oli, että ryhmän jäsenet saavat itse käydä liittämässä nelikenttään ajattelemiaan asioita vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista. Ryhmässä oli aktiivisia keskustelijoita, joten päätimme kerätä asiat oikeisiin alueisiin yhdessä keskustelemalla ja pohtimalla. Alla olevassa kuviossa on esitetty kotiutumisen SWOT-analyysi (kuviokuva 6).

<p><b>Vahvuudet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ammattitaito</li> <li>- tehostettu kotihoito</li> <li>- lääkäri</li> <li>- yhteistyö, toimenkuvat selvillä</li> <li>- avopalveluohjaajan säännölliset käynnit</li> <li>- hyvä porukka/ luottamus</li> <li>- asiakkaiden tuntemus</li> <li>- kirjaaminen</li> </ul>	<p><b>Heikkoudet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informointi, tiedon kulku</li> <li>- kirjaaminen</li> <li>- yhteiset pelisäännöt, esim. kirjauksissa</li> <li>- nopeat kotiuttamiset</li> <li>- perjantain iltapäivän kotiutumiset</li> <li>- lääkärien ja kotisairaanhoidajien ajanvarauskirjojen avulla viestittäminen</li> </ul>
<p><b>Mahdollisuudet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tehostettu kotihoito</li> <li>- tiedonkulku</li> <li>- ammattitaito</li> <li>- palveluseteli</li> <li>- yhteistyö</li> <li>- kirjaaminen</li> </ul>	<p><b>Uhat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tietosuoja</li> <li>- epäselvä kirjaaminen</li> <li>- kotiolojen tunteminen/ kartoitus</li> <li>- eri lomakkeiden lukeminen/ käyttö</li> </ul>

Kuvio 6 Kehittämisyhmän SWOT-analyysi kotiutumisesta

Jokaisessa nelikentän osa-alueessa nousi esille *kirjaaminen*. Hyvä, asianmukainen ja selkeä kirjaaminen on vahvuus, joka luo mahdollisuuksia onnistuneelle jatkohoidolle ja kotiuttamiselle. Epäselvät kirjaukset ovat uhka potilasturvallisuudelle ja aiheuttavat osaltaan tiedonkulun heikkoutta. Ryhmästä nousi ehdotus oikeanlaisen kirjaamisen periaatteiden kertaamisesta yksiköiden sisällä, vaikka jokaisella on tieto ja taito siihen.

Aikaisemmin lääkärien ja kotisairaanhoidajien kanssa on pystytty viestittämään asioita ajanvarauskirjojen välityksellä, mutta tietosuojan kiristyminen on estänyt tämän. Uhkana pidettiin välikäsien kautta kulkevaa tietoa, joka ei ole enää yhtä luotettavaa. Uhkana koettiin myös potilastietojärjestelmän eri lomakkeiden puutteellista lukemista ja niiden hyödyntämistä informaation lähteenä.

Ammattitaito koettiin vahvuudeksi ja mahdollisuudeksi. Kurikan terveyskeskuksessa on valmiudet hoitaa vaativaakin hoitoa tarvitsevia potilaita. Tässä yhteydessä esiin nousi sekä vahvuutena että mahdollisuutena tehostettu kotihoito. Pohdimme sen kapasiteetin tehokkaampaa käyttöä ja nopeampaa vaihtuvuutta asiakaskunnassa. Poliklinikalta voidaan kotiuttaa moni ihminen suoraan kotiin tehostetun kotihoidon turvin. Osastolta tai poliklinikalta kotiutuessa

antaa tehkon yhteystiedot, johon voi ottaa ongelmatilanteissa yhteyttä. Esimerkkinä tehkon lyhytaikaisesta hoitosuhteesta voisi olla iv-antibioottia saavat asiakkaat tietyin kriteerein.

Yhteistyö koettiin vahvuudeksi. Toimenkuvat ovat selvillä ja sen pohjalta tiedetään, kehen ottaa tarpeen vaatiessa yhteyttä. Ryhmän mielipiteissä korostui myös se, että uskalletaan ottaa yhteyttä. Kotihoidossa ja Kotoplassin alueella on lääkärinä sama henkilö, joka tuo jatkuvuutta esimerkiksi vuorohoitopotilaiden hoitoon. Myös avopalveluohjaajien viikottaiset ja tarvittaessa useamminkin tapahtuvat käynnit osastolla koettiin korvaamattomiksi. Ilman niitä toiminta eri yksiköiden välillä ja asioiden järjestely vaikeutuisivat. Yhteistyö nousi esiin myös mahdollisuuksissa, koska hyvän yhteistyön avulla luodaan onnistunut kotiutus.

Heikkouksina nähtiin ennalta suunnittelemattomat, nopeat, hätiköidyt sekä perjantaina iltapäivisin tapahtuvat kotiutukset. Tällöin kotitilanteen kartoitus ja tukipalveluiden arviointi jää lähes kokonaan pois ja tämä on uhka kotona pärjäämiselle. Kotiutuksen riittävän ajoissa aloitettu suunnittelu koettiin tärkeäksi. Suunnittelun tärkeys korostuu entisestään kiireessä tehdyissä kotiutuksissa.

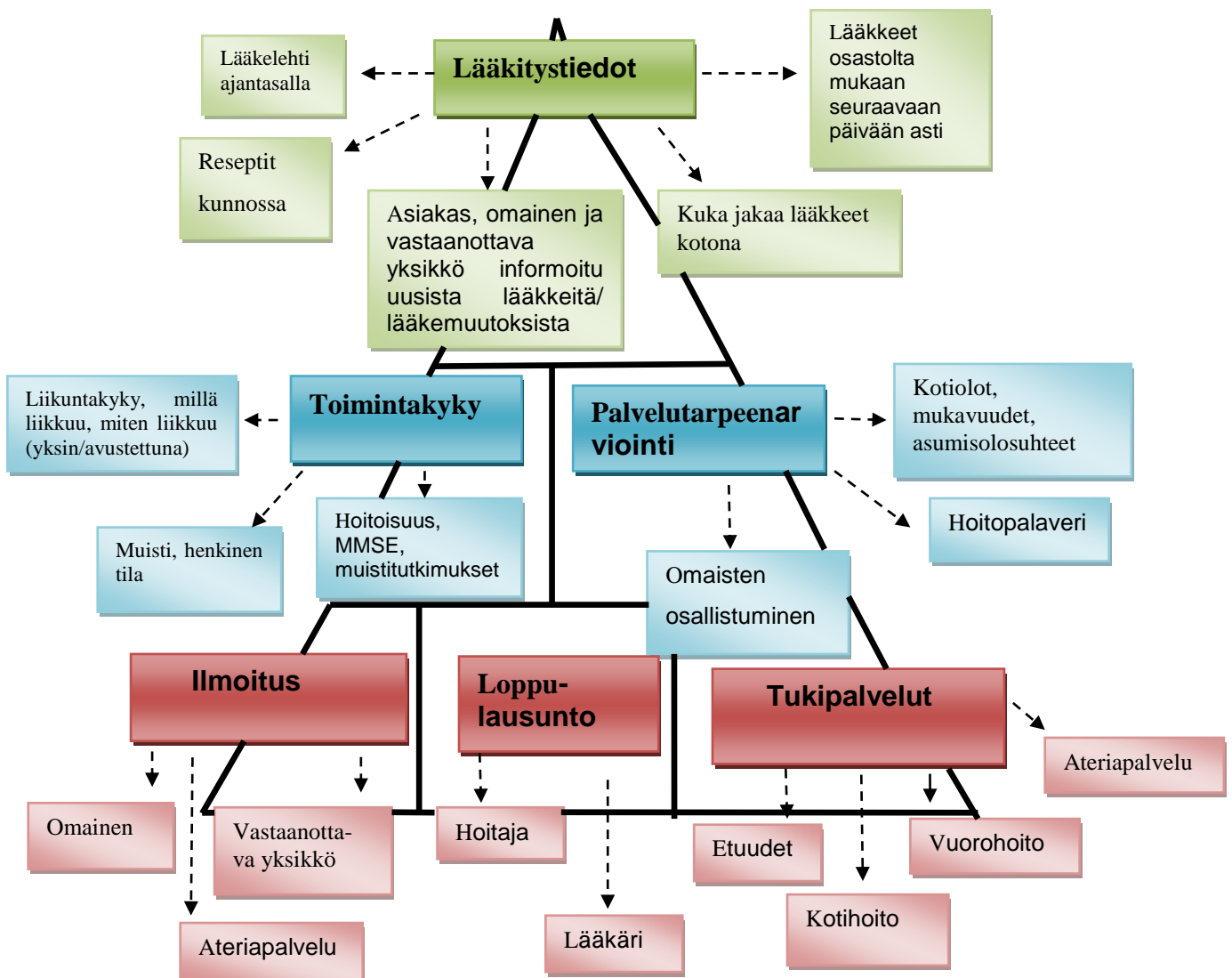
Ryhmän ensimmäisen tapaamisen jälkeen ilmapiiri oli positiivinen ja innostunut. Yhteistyö ja luottamus ryhmän jäsenten välillä tuntui toimivan, eikä kukaan ollut haluton osallistumaan jatkoon.

### **7.3 Yhteistyökäytäntöjen suunnitleminen**

Ryhmän toisessa tapaamisessa paikalla oli vuodeosaston ja Kotoplassin osastonhoitajat ja toinen avopalveluohjaaja. Aluksi kertasimme edellisen kerran tulokset, joista paikalla olijat olivat yksimielisiä. Tapaamisen tavoitteena oli ottaa esille SWOT-analyysistä nousseita ongelmia ja lähteä niiden pohjalta työstämään pohjaa hyvälle yhteistyökäytännölle pyramidiharjoituksen avulla. Vähäisen osallistujamäärän takia pohdimme aluksi itsenäisesti kirjaamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön ja kotiutumissuunnitelmaan liittyviä asioita. Sen jälkeen kokosimme keskustelemalla kuusi tärkeintä yhteen pyramidimalliin ja

avasimme niitä pienemmiksi osa-alueiksi. Tämä helpotti hahmottamaan, mitä kuhunkin kokonaisuuteen kuuluu ja mitä niissä täytyy ottaa huomioon.

**Ensimmäisenä lähdimme työstämään kirjaamista.** Tarkoituksena oli löytää ne asiat, jotka tulee olla kirjattuina ja helposti löydettävissä asiakkaan kotiutuessa. Asioiden pitää olla sellaisia, jotka helpottavat kotiutumista vastaanottavan yksikön, asiakkaan ja omaisen kannalta. Kuviossa 7 on avattu kirjaamista lääkityksen, toimintakyvyn, palvelutarpeen arvioinnin, ilmoituksen, loppulausunnon ja tukipalveluiden näkökulmasta.



Kuvio 7 Kirjaaminen kotiutumisen prosessissa

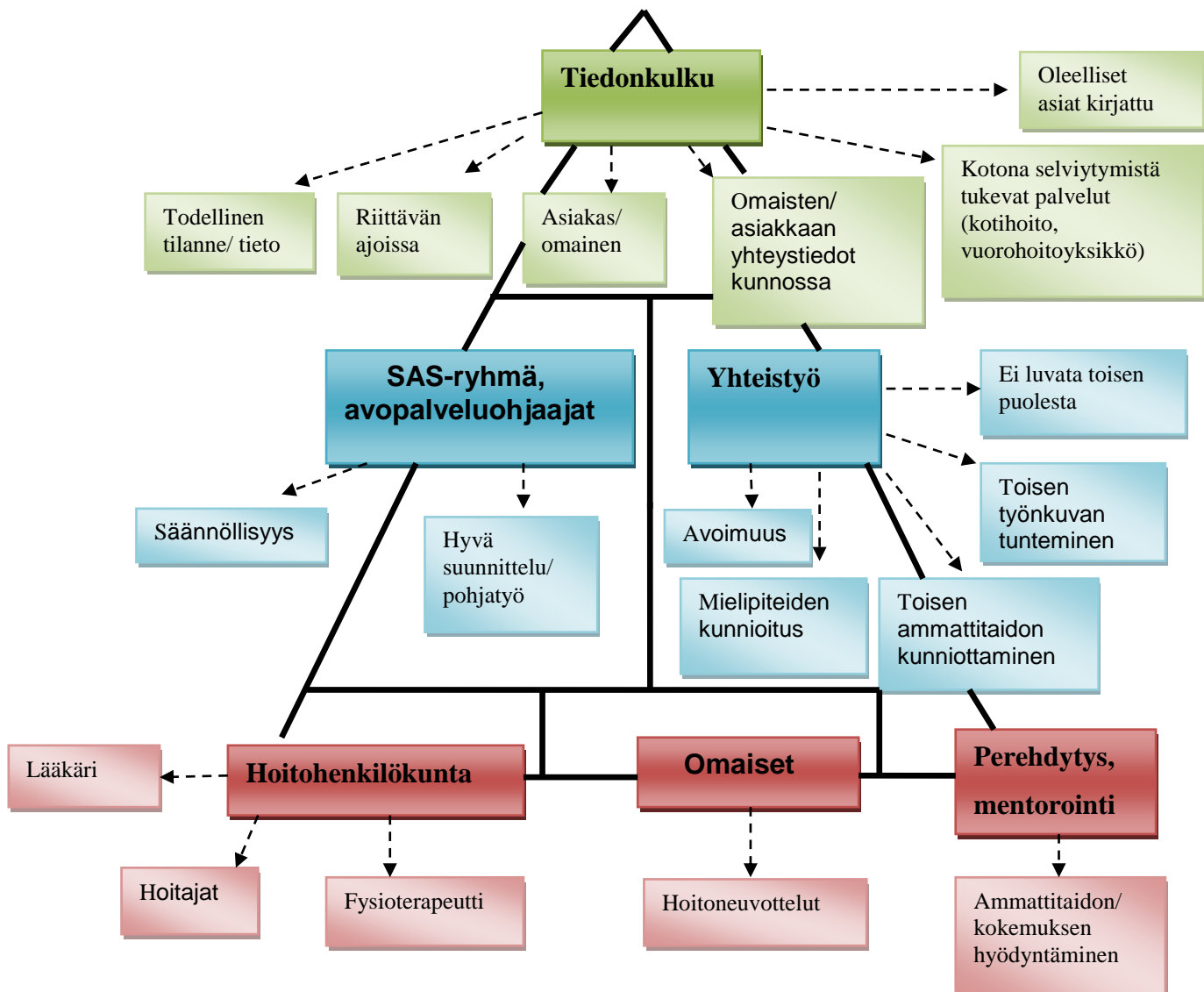
Pyramidin huipulla eli tärkeimpänä asiana kirjaamista koskevassa kuvassa olivat lääkitystiedot. Lääkelehden ja reseptien on oltava ajantasalla kotiuduttaessa. Asiakas, omainen ja vastaanottava yksikkö on informoitu uusista lääkkeistä ja lääkemuutoksista. Kirjauksista tulee ilmetä, kuka jakaa ja hoitaa lääkity asiat kotona. Kotihoidon kannalta toivottavaa on, että lääkkeet olisivat osastolta mukana seuraavaan päivään saakka, näin saadaan aikaa riittävästi lääkityksen järjestelyyn.

Toimintakyky ja palvelutarpeen arviointi nousivat toiseksi tärkeimmiksi asioiksi. JIK-hoitoisuudenarviointi tulisi olla tehtynä jokaiselle kotiutuvalle. Hoitoisuuspisteiden perusteella arvioidaan jatkohoidon tarve. MMSE-muistitutkimus tehdään hoitoisuudenarvioinnin yhteydessä sekä muut mahdolliset muistitutkimukset ohjelmoidaan ja kirjataan asianmukaisesti. Fyysinen toimintakyky, esimerkiksi omatoimisuus ja liikkumisen sujuminen (yksin/avustettuna) tulee olla kirjattuna.

Osaston henkilökunta kartoittaa palveluiden tarpeen ja kotiolut alustavasti hoitajakson aikana. Mikäli laajemmalle kartoitukselle on tarvetta, hoitajat ilmoittavat asiasta avopalveluohjaajalle, joka tekee palvelutarpeen arvioinnin yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Joskus palvelutarpeen arviointiin kuuluu myös hoitopalaveri. Palvelutarpeen arvioinnin avopalveluohjaaja kirjaa Efficatietojärjestelmän SOS-lehdelle ja hoitaja omalle lehdelleen. Tukipalveluiden kartoittaminen (ateriapalvelu, kotihoidonpalvelut, vuorohoito ja KELAn etuudet) kuuluu olennaisesti asiakkaan kotiutumisen järjestelyihin.

Ennen kotiutumista lääkäri ja hoitaja kirjoittavat hoitajaksosta loppulausunnon, josta ilmenevät edellä mainitut asiat. Hoitajan hoitoyhteenvedosta ilmenee, kenelle kotiutumisesta on ilmoitettu.

**Toisena työstämisen kohteena oli moniammatillinen yhteistyö.** Tarkoituksena oli selvittää ne asiat, jotka ovat mukana moniammatillisessa yhteistyössä tai tukevat sitä. Kuviossa 8 on esitetty moniammatillisen yhteistyön pyramidimalli tiedonkulun, SAS-ryhmän, avopalveluohjaajien, yhteistyön, hoitohenkilökunnan, omaisten, perehdytyksen ja mentoroinnin näkökulmasta.

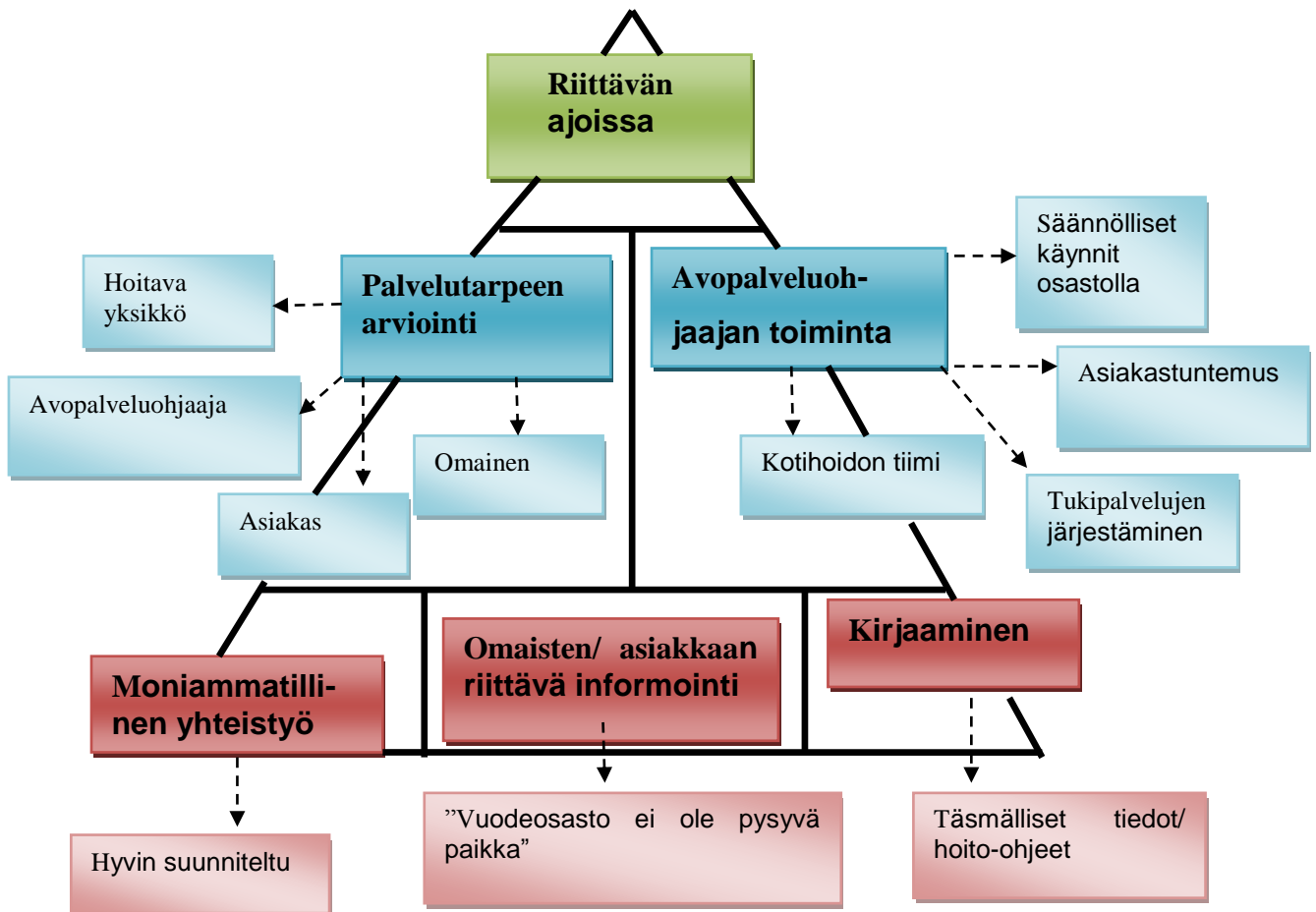


Kuvio 8 Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessissa

Tärkeimpänä moniammatillisessa yhteistyössä on tiedonkulku. Tiedonkulun kannalta on tärkeää, että oleelliset asiat ja asiakkaan todellinen tilanne on kirjattu. Tieto asiakkaan suunnitellusta kotiutuksesta tulee ajoissa asianosaisille. Yksi tärkeimmistä moniammatillisen yhteistyön kulmakivistä on toisen työnkuvan tunteminen. Tämä tarkoittaa tietoisuutta siitä, minkä kuntoisia asiakkaita esimerkiksi kotihoito pystyy hoitamaan. Avoimuus, mielipiteiden ja ammattitaidon kunnioittaminen ovat peruste moniammatilliselle yhteistyölle.

**Kolmantena tarkastelun kohteena oli kotiutussuunnitelma.** Kotiutussuunnitelman pyramidimallin tausta-ajatuksena oli se, mitä asioita on

otettava huomioon kotiutussuunnitelmaa tehdessä ja mitkä ovat hyvän kotiutussuunnitelman edellytyksenä. Tärkeää oli huomioida, että lähtökohtana kotiutussuunnitelmalle ovat asiakkaan tarpeet, ei hoitavan yksikön. Kuviossa 9 näkyy kotiutumissuunnitelman pyramidimalli ajoituksen, palvelutarpeenarvioinnin, avopalveluohjaajien toiminnan, moniammatillisen yhteistyön, informoinnin ja kirjaamisen näkökulmasta. (Kuvio 9)



Kuvio 9 Kotiutussuunnitelma kotiutumisprosessissa

Kotiutumissuunnitelman tekeminen aloitetaan riittävän ajoissa. Kotiutussuunnitelman tekemisessä olennaista on palvelutarpeen arviointi ja avopalveluohjaajan säännölliset käynnit vuodeosastolla. Asiakkaalle ja omaisille tulee selvittää, ettei vuodeosasto ole pysyvä paikka, vaan voinnin ja tarpeen mukaan määritellään jatkohoitopaikka.

Ikälain (2012) päämääränä on laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen sekä yksilöllistä tarvetta vastaavan palvelukokonaisuuden turvaaminen. Lain

tarkoituksena on vahvistaa mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihin niin palvelujen suunnittelussa kuin yhteiskunnassakin. Hyviä yhteistyökäytäntöjä tarkasteltaessa asiakaslähtöisestä näkökulmasta laki turvaa kaikille oikeuden yhtenäisiin palveluihin. (Laki ikääntyneen... 2012.) Virtasen (2011) mukaan, että jokaista asiakaskontaktia voidaan pitää palvelutapahtumana, jossa syntyy asiakkaaseen kohdistuva, vuorovaikutuksellinen kohtaaminen. Tällaisessa kohtaamisessa syntyy asiakkaan kokemus palvelujen vastaavuudesta suhteessa omiin tarpeisiin. Asiakaslähtöisyyttä ei tuoteta, vaan se rakentuu uudelleen jokaisessa palvelutapahtumassa.

Pyramidimallin tekeminen ei ollut ryhmän jäsenille aikaisemmin tuttu ja siksi kellään ei ollut ennakkonäkemyksiä siitä, millainen sen tulisi olla. Väsymyksestä ja kiireisestä työviikosta huolimatta pyramidimallin tekeminen ei tuntunut ryhmästä haastavalta, vaan mukavalta vaihtoehdolta puurtamisen sijaan. Työskentelytapa antoi mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun ja mielipiteiden vaihtoon, eikä lopullisen järjestyksen saaminen aiheuttanut erimielisyyttä. Esille nousseista asioista saatiin välillä aikaan myös humoristisia esimerkkejä ja muistoja.

Lopputulokset tyydytti kaikkia. Saimme mielestämme hyvän ja kattavan suunnitelman siitä, mitä on otettava huomioon ja mikä helpottaa käytännön työtä. Jokaiseen malliin on pystynyt käyttämään kaikkia asioita muistakin malleista ja tämä vahvisti ajatusta siitä, että kotiutumisen prosessi on prosessi, jonka onnistumiseen vaikuttaa moni yksittäinen asia.

#### 7.4 Yhteistyökäytäntöjen syventäminen

Kolmannessa kokoontumisessa oli viisi osallistujaa. Tämän kerran aiheena oli pohtia hyviä yhteistyökäytäntöjä learning cafe menetelmää hyödyntäen. **Ensimmäisenä teemana** oli yleisellä tasolla olevat ajatukset hyvistä yhteistyökäytännöistä. **Toinen teema** oli hyvät yhteistyökäytännöt potilaan tulessa kotoa osastolle, vuorohoitoon tai päivystyspoliklinikalle. **Kolmantena ja neljäntenä teemana** olivat osastojakson aikana ja osastolta lähdettyä huomioitavat hyvät yhteistyökäytännöt. Pyramidimallissa esille tulleet ja avatut asiat ovat osa hyviä yhteistyökäytäntöjä. Halusimme nostaa esille isompia



kokonaisuuksia, joiden pohjalta suunnittelimme Koonti-listan (taulukko 6) niistä asioista, jotka huomioidaan prosessin eri vaiheissa.

Taulukko 6 Koonti hyvistä yhteistyökäytännöistä prosessin eri vaiheissa

<p><b>Yleisinä asioina hyvistä yhteistyökäytännöistä</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yhteinen päämäärä</li> <li>- kaikilla samat tiedot käytössä</li> <li>- hyvä tiedonkulku</li> <li>- moniammatillisuus</li> <li>- yhteiset pelisäännöt</li> <li>- toisen työn arvostaminen</li> </ul>
<p><b>Kotoa osastolle, kotoplassille tai päivystyspoliklinikalle asiakasta lähetettäessä</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hyvät esitiedot kirjallisena ja tarvittaessa myös suullisesti.</li> <li>→ hoitajan kirjallinen lähete, jossa tulee esiin <ul style="list-style-type: none"> <li>• taustatiedot: miksi lähetetään, oleelliset asiat, uudet muutokset voinnissa</li> <li>• lääkitys</li> <li>• tietävätkö omaiset (rasti ruutuun)</li> <li>• apuvälineet: mitä kotona käytössä, onko laitettu mukaan</li> </ul> </li> <li>- turvapuhelinranneke jätettävä kotiin</li> </ul>
<p><b>Osastolla ollessa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avopalveluohjaajan säännölliset käynnit</li> <li>- hoitoneuvottelut</li> <li>- kotiutuskokeilut</li> </ul>
<p><b>Kotiutuessa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- puhelinnumero, johon voi tarvittaessa soittaa ongelmatilanteissa</li> <li>- tietyille kotiutujille seuraavana päivänä soitto kotiin</li> <li>- hoitajan loppulausunto osastojaksosta Efficatietojärjestelmään</li> <li>- lääkemutokset</li> <li>- kaikista käytössä olevista lääkkeistä eResepti</li> </ul>

## 7.5 Asiakkaan kotiutumisen prosessi ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli

Viimeiseen kokoontumiseen osallistui kolme. Neljännellä kerralla teimme kotiutumisen prosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen mallinnuksen käsitekaavion avulla (kuvio 10.) Koonti hyvistä yhteistyökäytännöistä prosessin eri vaiheissa antoi arvokasta tietoa mallinnuksen käsitekaaviota tehdessä.

Käsitekaavion alku- ja loppukohtana on asiakas. Asiakkaan liikkuminen organisaation sisällä on kuvattu lähtötilanteesta takaisin kotiin ja matkan varrella on esitelty, mitä hyviä yhteistyökäytäntöjä kotiutumisen prosessiin liittyy. Asiakkaan kulkema reitti organisaation sisällä on merkitty vihreällä nuolella. Mallissa käytetyt lyhenteet on avattu sivulla 7.

Asiakas tulee terveyskeskukseen oma-aloitteisesti, omaisen tai ulkopuolisen esimerkiksi kotihoidon työntekijän lähettämänä. On huolehdittava, että asiakkaalla on mukanaan ajantasalla oleva lääkelehti ja kotihoidon työntekijän kirjallinen lähete sekä joissakin tapauksissa suullinen ilmoitus päivystysvastaanotolle. Asiakas voi mennä suoraan osastolle ennalta sovitusti, mutta myös silloin on huolehdittava tarvittavat asiakirjat mukaan.

Asiakas tulee päivystysvastaanotolle itse tai omaisen kuljettamana, taksilla tai ambulanssilla kunnosta riippuen. Ambulanssikaavake antaa päivystyksen työntekijälle informaatiota, mutta on tärkeää huolehtia, että hoitajan läheteestä ja ambulanssin kaavakkeessa on yhtenevät tiedot.

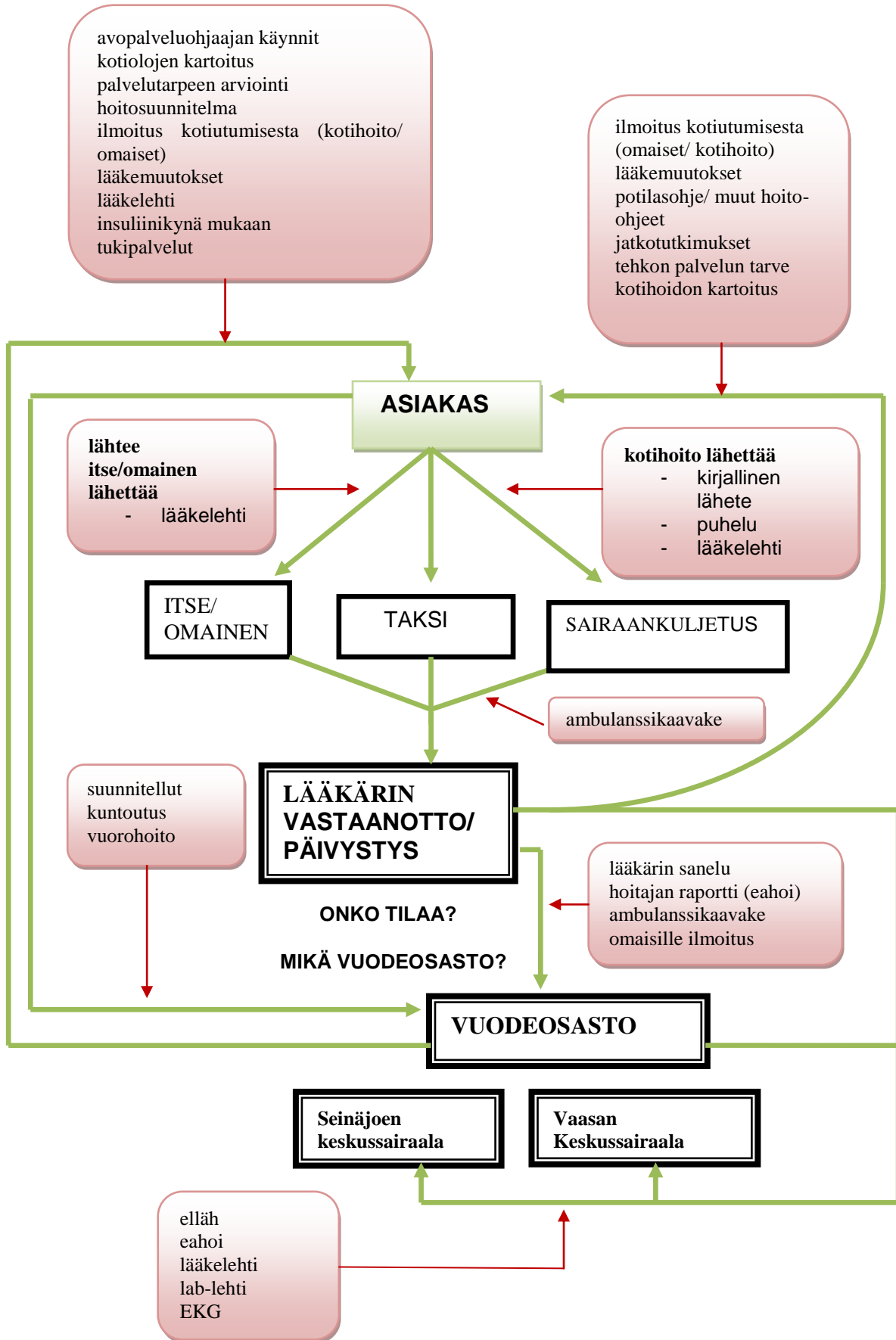
Päivystyksestä asiakas siirtyy sille vuodeosastolle JIK:n alueella, jossa on tilaa. Ensisijainen vuodeosasto on kuitenkin omassa kunnassa, mutta aina tämä ei kuormituksen takia ole mahdollista. Osastolle tai Seinäjoen keskussairaalaan siirryttäessä informaatiota antaa hoitajan raportti (eahoi) ja ambulanssikaavake sekä lääkärin sanelu Yle-lehdeltä. Keskussairaalaan tiedot menevät sähköisellä läheteellä. Terveyskeskuksesta hoitaja ilmoittaa omaisille jatkohoitopaikasta.

Päivystyspoliklinikalta ja osastolta kotiutuessa huomioidaan samat asiat. Ilmoitus kotiutumisesta omaisille ja kotihoitoon huolehditaan riittävän ajoissa. Samalla informoidaan lääkemuutokset sekä tarvittavat hoito-ohjeet. Ellei kotiutuja ole ennestään kotihoidon asiakas, tehdään palvelutarpeen arviointi. Asiakkaan ollessa

osastolla avopalveluohjaaja tekee arvion siellä asiakkaan ja omaisten kanssa. Mikäli asiakas kotiutuu suoraan päivystysvastaanotolta kotiin, palvelutarpeen arviointi tehdään kotona sovittuna ajankohtana. Myös jo olevien kotihoidon asiakkaiden voimien muutosten tai pitkien sairaalajaksojen takia avopalveluohjaaja päivittää asiakkaan ja omaisten kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman.

Käsittekaavio herätti keskustelua siitä, että toteutuminen on henkilöistä kiinni. On hoitajia, jotka ovat halukkaita kehittämään ja kehittymään, mutta muutos herättää myös negatiivisia tunteita. Yleensä toiminnan käynnistyessä, se havaitaan toimivaksi. Pohdittavaksi jää, miten kotiutumisprosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli saadaan toimimaan käytännön työssä.

Pohdimme myös sitä, että kotihoidon ja osaston välinen yhteistyö toimii säännöllisen yhteydenpidon, SAS-palaverin ja avopalveluohjaajien käyntien avulla. Osaston ja päivystysvastaanoton henkilökunnan välinen yhteistyö on vähäistä, vaikka asiakas kulkee päivystysvastaanoton kautta osastolle. Yhteistyöpalaverit muutaman kerran vuodessa olisivat työn luistavuuden kannalta tärkeitä. Epäselvää on muun muassa se, kuka siirtää asiakkaan päivystyksestä osastolle.



Kuvio 10 Kotiutumisprosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli

## 7.6 Kehittämisryhmän arviointi prosessin toteutuksesta

Pyysimme kehittämisryhmän jäseniltä sähköpostitse arviointia siitä, miten he kokivat kehittämisprosessiin osallistumisen. Ryhmän tapaamiset koettiin asiallisina, mutta kuitenkin sopivan rentoina. Ryhmässä oli hyvä henki, vaikka asiat ja ajatukset tuotiin avoimesti esille. Osallistuminen oli antoisaa, mielekästä ja toi työpäivään vaihtelua. Eri yksiköiden työntekijät toivat monipuolisia näkökulmia asioihin. Osallistujat kokivat sitoutuneisuutta ja halusivat osallistua tapaamisiin aina, kun oli mahdollista. Suurin osa osallistui jokaiseen tapaamiseen ja esteet osallistumiselle koettiin harmillisena.

Ryhmältä saadun palautteen mukaan menetelmät, joilla työtä tehtiin, olivat aiheeseen sopivia. Käytännönläheisyys koettiin mukavana ja innostavana. Menetelmät eivät olleet monimutkaisia ja niiden avulla saatiin mielenkiintoisia keskusteluja. Näillä keinoilla aihetta päästiin työstämään heti. Todettiin, että menetelmät ovat käyttökelpoisia myös työyhteisön kehittämisessä ja ongelmanratkaisutilanteissa.

Kotiutumisprosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen suunnittelun ryhmä koki tarpeelliseksi, koska yhteisiä pelisääntöjä ei ole ollut. Suunnitteluprosessin aikana huomattiin, miten tärkeää on tiedottaminen oikeille tahoille, se olkoon taas muistutuksena omaankin työhön. Joskus aiheessa pyörivät samat asiat ja uusien näkökulmien avaaminen vaati mietintää. Yhdessä todettiin kaikkien asioiden vaikuttavan kaikkeen. Hyödyllisenä koettiin myös yhteistyö ja verkostoituminen vastaavissa ryhmissä.

## 8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämistyömme ensimmäinen tehtävä oli rakentaa yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille. Yhteiset näkemykset ja tavoitteet asiakkaan hyvästä hoidosta ovat osa yhteistyön toimivuutta. Toinen kehittämisen tehtävä oli kotiutumisosprosessin mallintaminen. Onnistunut ja hyvin suunniteltu kotiutuminen tuo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta. Kehittämistyön aihe on ajankohtainen, koska kotihoitoon panostetaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Yhteisesti luodut toimintatavat antavat pohjan onnistuneelle kotiutumisellemme ja kotiutumistilanteen tasalaatuisuudelle. Tarkastelemme ensin saatuja tuloksia kotihoidon ensisijaisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä aikaisempaan tutkimustietoon peilaten. Toisessa alaluvussa keskitymme tämän kehittämisprosessin merkitykseen.

### 8.1 Kotihoidon ensisijaisuus ja asiakaslähtöisyys

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän strategian yhtenä tavoitteena on asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Tavoitteena on, että tarjolla on eritasoisia ja eri tahojen tuottamia tukipalveluja asiakkaan kotona selviytymisen tueksi. Silloin asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelut oman tarpeensa mukaan. Asiakaslähtöisyyttä on jo kehitetty laatimalla yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat. Kotihoidon palvelujen piiriin pääsemisen kriteerit ovat yhtenäiset koko JIK-alueella. Taulukossa 1 (sivu 15) on määritelty kotihoidon arvot ja periaatteet. Yhtenä arvona on itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys. Voidaan todeta, että asiakaslähtöisyyttä ei ole määritelty erilliseksi arvoksi, vaan se on sisällytetty muihin arvoihin ja periaatteisiin. Kehittämisprosessi kuitenkin osoitti, että asiakaslähtöisyys on organisaation tukipilari (vrt. Virtanen ym. 2011).

Nykyiset lait ja laatusuositukset eivät ole olleet riittäviä turvaamaan iäkkäille laadukkaita palveluja. Ikälain tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää niiden palvelujen vahvistamista, joiden avulla iäkkäiden toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään (L28.12.2012/980.) JIK:ssä palvelujen koordinoijana toimii avopalveluohjaaja. Tämä kehittämisprosessi osoitti että, avopalveluohjaajan

työ vuodeosastolla on tärkeää ja toimenkuvan laajentamiseen myös poliklinikalle on tarvetta. Myös palvelutarpeen arviointi on todella tärkeä osa kotiutumisen suunnittelussa. Hoitoisuudenarviointi on osa palvelutarpeen arviointia. Arvioinnista saaduilla hoitoisuuspisteillä on merkittävä painoarvo kotiin tarjottavia palveluja tai jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa. Kehittämisprosessin edetessä heräsi ajatus siitä, arvioidaanko eri yksiköissä toimintakykyä samalla tavalla asioita painottaen, vaikka käytössä on yhteinen hoitoisuuden arviointilomake. Saadaanko sama pistemäärä tekijästä riippumatta?

Kehittämisprosessi osoitti, että tasavertaisen ja oikeudenmukaisen kohtelun perustana on moniammatillinen yhteistyö ja yhteisten pelisääntöjen noudattaminen. JIK:ssä kotihoidon palvelujen lähtökohtana ovat asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. Tulostemme ja Sanerman (2009) väitöskirjan pohjalta voidaan todeta, että ammattitaitoista työskentelyä ohjaa työntekijöiden yhteiset arvot. Samanlainen arvoperusta on koko toiminnan edellytys. Nakus ja Osinska (2010) olivat opinnäytetyössään sitä mieltä, että kotihoidon tasoa ja laatua voidaan parantaa, jos organisaation rakenne ei olisi niin byrokraattinen ja hoitajille annettaisiin vapaammat kädet työskennellä.

Kotiutuville tehdyn kyselyn mukaan kotiutumista oli suunniteltu ja se koettiin onnistuneeksi. Asiakkaan kokemus onnistuneesta kotiutumisesta on tärkeämpi kuin hoitajan kokemus. Hoitajan tapa katsoa kotiutumista ammatillisesta näkökulmasta tuo haastetta kotiuttavalle yksikölle verrattuna asiakkaan kokemukseen. Hammar (2008) kiinnitti väitöskirjassaan huomiota siihen, että sairaalasta kotiutuvat kotihoidon asiakkaat arvioivat toimintakykynsä ja terveyteen liittyvän elämänlaadun huonoksi. Asiakkaiden ja hoitajien mielipiteet avuntarpeesta saattoivat erota toisistaan ja heräsi kysymys siitä, kenellä on lopullinen päätösvalta asiakkaiden hoidosta ja palveluista. Roberts (2002) tutkimuksessaan kuitenkin teki huomion, että osa tutkimukseen vastanneista iäkkäistä potilaista olivat tyytyväisiä siihen, että hoitohenkilökunta teki päätöksiä heidän puolestaan. Myös Johnsonin (2011) tuloksissa asiakkaan osallistuminen kotiutumista suunniteltaessa vähenee ikääntyvillä ihmisillä.

Tekemässämme asiakaskyselyssä sekä Mitrosen ja Solmulan (2011) opinnäytetyön tuloksissa kokemukset kotiutumisesta olivat pääosin positiivisia.

Kyselyyn vastanneet kokivat, että kotiutumista suunniteltaessa heidän toiveensa ja mahdolliset huolenaiheensa huomioitiin hyvin. Osalle pitkän sairaalajakson jälkeen selviytyminen kotona aiheutti huolta ja epävarmuutta. Vesterinen (1999) teki huomion, että onnistunut kotiutuminen vaati myös henkilökunnan antamaa emotionaalista ja henkistä tukea sairaanhoidon lisäksi. Laaja-alainen toimintakyvyn selvittäminen ja asioista keskusteleminen on keskeistä, koska asiakkaan kokema toimintakyky on yksi syy joutua uudelleen sairaalaan (Rosswurm & Lanham 1998).

Kehittämistyön tulokset tukivat asiakkaan, omaisten ja hoitoon osallistuvien välistä yhteistyötä kotiutumisprosessin eri vaiheissa. Tämä perustuu yhteiseen päämäärään ja tavoitteeseen. Voidaan todeta, että hoitajien välinen yhteistyö ja tiedonkulku ovat hoidon jatkumisen peruste. Asiakas kokee kotiutuksen hyvin suunnitelluksi, jos häntä on kuultu ja kotiutumista koskevat toiveet huomioitu. Koponen (2003) selvitti väitöskirjassaan yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä. Yhteistyön onnistumisen edellytykseksi nousi vuorovaikutus ja yhteiset näkemykset toimijoiden kesken. Kaarakainen (2002) kuvaa yhteistyötä palveluntarjoajan ja asiakkaan väliseksi toiminnaksi. Suunnittelu ja päätöksenteko kuuluvat yhteistyöhön ja silloin myös vastuu päätöksistä jaetaan.

Saatujen tulosten mukaan kotiutumista koskevat tärkeät asiat on tiedostettu ja niitä noudatetaan, mutta yhteistyö eri yksiköiden välillä ei aina tue näiden asioiden toteutumista. Yhteistyö yksiköiden sisällä toimii, mutta tiedon kulku muihin yksiköihin saattaa olla puutteellista. Iivonen (2008) teki opinnäytetyössään huomion, että kotiutumisen tulisi olla sujuvaa hoitoa, eikä irrallinen tapahtuma eri hoitomuotojen välillä. Kotiutumisen tavoitteena on aina asiakkaan selviytymistä edistävä yhteistyö (Keskinen 2008, 21).

## **8.2 Kehittämisen prosessin merkitys**

Kehittämistyömme tulosten ja olemassa olevien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että tärkeintä kotiutumisprosessissa on mahdollisimman varhainen kotiutuksen suunnittelu. Huolellinen kirjaaminen edesauttaa asiakkaan kotiutumisen onnistumista ja helpottaa vastaanottavan yksikön työtä. Tiedonkulku,



yhteistyö ja eri yksiköiden valmiuksien tunteminen lisää kotiutumisprosessin sujuvuutta.

Tulosten pohjalta ilmenee, että hyvät yhteistyökäytännöt antavat pohjan tasalaatuiselle, onnistuneelle kotiutumiselle. Joskus on syitä, miksi kotiutumisprosessi ei suju. Epäonnistumisia saattavat aiheuttaa esimerkiksi asiakas itse, hoitohenkilökunta, kiire ja puutteelliset tiedot. Epäonnistuneet kotiutumiset pitäisi pystyä käsittelemään ja niiden avulla oppia sekä kehittyä. Asiakslähtöisyyden parantaminen on mahdollista hyvien yhteistyökäytäntöjen avulla, jos asiakas otetaan mukaan kotiutumisen suunniteluun. Tärkein rooli kotiutumisessa on asiakkaalla itsellä. Voimme todeta, että asiakas hyötyy huolellisesti tehdystä kotiutumissuunnitelmasta ja moniammatillisesti mietityistä kotiutumisen osa-alueista.

Kotiutumisprosessin ja hyvien yhteistyökäytäntöjen malli muokkautuu vasta käytännössä toimivaan muotoon ja kehitty tarpeita vastaavaksi. Soveltaminen ja käytäntöön ottaminen työyhteisöissä jää tämän työ ulkopuolelle. Toivomuksemme on, että mallia päivitetään jatkossakin yhteistyöpalavereissa ja meille prosessin alkuunpanijoina annettaisiin palautetta sen toimivuudesta. Tällä voidaan varmistaa kehittämisen jatkuvuuden turvaaminen. Kehittämistyömme yksi merkittävimmistä haasteista tulee olemaan työyhteisön mukaan saaminen muutoksen mahdollisuuteen. Kehittämisprosessissamme ei keskitytty ainoastaan yhden työyksikön toimintatapojen kehittämiseen, vaan se kohdistui terveyskeskuksen eri yksikköihin. Isoherrasen ym. (2008) mukaan organisaatioissa on vuosien aikana kehittynyt yhteistyö- ja keskustelukulttuuri, joka saattaa olla kehitykselle este. Mahdollisen muutoksen arvioiminen ei ole tämän työn puitteissa mahdollista.

Kehittämistyömme tulosten perusteella voimme todeta, että yhteisten käytäntöjen hyödyntäminen ei käy hetkessä. Se vaatii aikaa, työtä ja ennen kaikkea yhteistyötä eri työyksiköiden kanssa. Ideaalitulanteessa mallinnus selkeyttää työntekijöiden työnkuvaa ja vastuualueita. Lisäksi yhtenäisten työhöjeiden toivotaan helpottavan työtä ja selkeyttävän myös asiakkaan kulkua organisaatiossa eri työyksiköiden välillä. QPR ProcessGuide-ohjelmalla mallinnus kannattaa muokata viralliseksi kuvaksi ja liittää JIK:ssä Kaste-hankkeen aikana mallinnettujen osaprosessien

lisäksi. Ennen kuvion jatkokehittämistä on tärkeää saada kokemuksia mallinnuksen hyödyistä. Tämä jäänee tulevaisuuden haasteeksi.

Kehittämisprosessi osoitti, että yhteistyökäytäntöjen juurruttaminen eli uuden toimintatavan tuottaminen ja käyttöönotto tulee olemaan haasteellista. Opittujen työtapojen muuttaminen vaatii koko työyhteisön halun ja kyvyn sopeutua muutokseen. Kehittämisryhmässä määriteltiin yhteiset linjat ja tavoitteet. Niiden avulla pyrittiin löytämään uudenlainen ymmärrys, jota ei voi yksilötasolla saavuttaa. Esimiehen rooli ja tuki ovat tärkeitä muutoksen tukena. Muutoksen tulisi lähteä työntekijätasolta, eikä ylhäältä käsin, jolloin muutosprosessi koetaan käskynä, eikä mahdollisuutena. Dialogisuus kuuluu moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen avulla avaudutaan uusille mahdollisuuksille itsessä, toisissa ja ympäristössä, saadaan oivalluksia sekä tiedostetaan asioita (Takanen & Petrow 2010, 43).

Kehittämisprosessin perusteella voimme todeta, että kehittämisryhmällä oli oleellinen merkitys työmme etenemisen kannalta. Osallistavien menetelmien avulla kehittämisryhmä tuotti hyvää moniammatillista yhteistyötä, joka kantaa kauas tulevaisuuteen. Prosessin aikana toisen työn tunteminen syventyi ja kotiutumiseen liittyvät käsitteet selkiytyivät. Samalla se antoi myös monipuolisia näkökulmia omaan työhön ja taitoa tarkastella asioita toisen kannalta.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Saimme luvan kehittämistyömme tekemiseen JIK-peruspalveluliikelaitos-kuntayhtymän hoivapalveluiden johtajalta huhtikuussa 2012. Kehittämisryhmä koottiin avoimella kutsulla eri yksiköiden osastonhoitajille ja osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kehittämisryhmälle kerrottiin kutsussa työn tarkoitus ja tavoite. Kehittämistyötä tehtiin asiakaslähtöisyyden periaatteita kunnioittaen. Eettisyyden kannalta on tärkeää, että kehittämisryhmän jäsenten anonymiteetti säilyy työn valmistuttua (Mäkinen 2006, 102). Ryhmään osallistuvat henkilöt olivat kuitenkin yleisessä tiedossa. Anonymiteetin turvaamiseksi kehittämistyön tuotoksissa ei ole tuotu henkilökohtaisia mielipiteitä esiin, vaan käytetyt mielipiteet kuvastavat koko ryhmän ajatusta asioista. Aineistona on vältetty salassapidettävää materiaalia, eikä asiakkaiden henkilötietoja ole käytetty.

Kyselystä ja kehittämisryhmästä saadut tulokset olemme esittäneet rehellisesti sellaisina kuin ne on saatu. Lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti, eikä toisen tekstiä ole plagioitu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.) Olemme pyrkineet käyttämään alan uutta lähdemateriaalia. Kehittämistyön kirjoittamisessa ja raportoinnissa on noudatettu tutkimuksen eettisyydestä annettuja ohjeita ja suosituksia. Tutkimusta tehtäessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka perustuu hyväksyttävyyteen, luotettavuuteen ja tulosten uskottavuuteen (Etene 2006, 3).

Kehittämistyömme luotettavuuden arviointi perustuu validiteetin käsitteeseen. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin käytetyt menetelmät vastaavat sitä ilmiötä, jota halutaan tutkia. Menetelmät eivät itsessään johda tietoon, vaan menetelmä tulee valita sen mukaan, millaista tietoa halutaan saada. Mikäli validiteetti puuttuu kokonaan, on tutkimus arvoton. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että todellisuudessa on tutkittu aivan muuta kuin mitä alunperin on kuviteltu tai on ollut tarkoitus. (Heikkinen ym. 2008, 147 - 160.)

Kehittämistyössämme olemme luotettavuuden arvioinnissa käyttäneet reflektiivisyyden periaatetta. Sillä tarkoitamme sitä, mitä olemme oppineet

toiminnastamme työn edistyessä. Huomasimme, että valmiiksi suunnitellut ja tiukat raamit kehittämisryhmän tapaamisissa eivät olisi tuottaneet yhtä hyvää tulosta kuin tilanteen ehdoilla eteneminen. Toimintasuunnitelmia jouduttiin myös muokkaamaan osallistujien poissaolojen takia. Koimme tämän kuitenkin positiivisena asiana.

Kehittämistyömme pohjautui kehittämisryhmän tapaamisiin sekä asiakaskyselystä saatuihin palautteisiin. Jokaisessa ryhmän kokoontumisessa vaihdimme kuulumisia, kertasimme edellisellä kerralla käydyt asiat sekä lopuksi jokainen sai kertoa, millaiset tunnelmat tapaamisesta jäivät. Tämä auttoi luomaan avoimen ja keskusteleavan ilmapiirin, jolloin ryhmän kokoontumisiin oli helppo tulla.

Luotettavuuden arvioinnin perustana oli kehittämisryhmässä yhdessä luotu materiaali, jonka avulla pystytään todentamaan, että tuloksina esitetyt asiat eivät perustu vain tämän työn tekijöiden omiin käsityksiin asiasta. Aineisto on raportoitu kehittämistyön etenemisen kannalta olennaisessa järjestyksessä, jolloin lukijan on helpompi seurata kotiutumisosprosessin kehittämisen etenemistä.

## **9.2 Itsearviointi kehittämisprosessin toteutuksesta**

Kotiutumista on tutkittu paljon ja materiaalia aiheeseen liittyen löytyi runsaasti. Aihetta oli kiinnostava tutkia ja tuoda siihen näkökulmia oman työyhteisömme kannalta. Kehittämistyössämme korostui työntekijöiden osuus, asiakasnäkökulma ja kehittämisen yhteys arjen työhön. Kehittämisprosessin on sanottu vahvistavan yhteenkuuluvuutta. Sen jatkuvuus ja muutosten onnistuminen riippuvat sekä johdon että työntekijöiden sitoutumisesta. (Kehittävä itsearviointi työyhteisössä [viitattu 25.2.2013].)

Henkilövalinnat ovat edellytys prosessin onnistumiselle. Kokosimme kehittäjäryhmän avoimella kutsulla, eikä meillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa ryhmän kokoonpanoon. Ryhmä oli pieni. Se oli myös vahvuus, koska ryhmä oli helpommin hallittavissa. Henkilökemiat toimivat hyvin. Kaikilla oli mahdollisuus saada äänensä kuuluviin, toisten mielipiteitä kuunneltiin ja kunnioitettiin. Joskus esimiehillä on käsitys siitä, että heidän ei tulisi osallistua samoihin ryhmiin

työntekijöiden kanssa. Keskustelun oletetaan sujuvan paremmin ilman heidän läsnäoloaan (Tuomi 2005, 15.) Osallistujista kaksi oli osastonhoitajia. Se oli positiivinen asia, koska he näyttivät esimerkillään työntekijöille prosessin merkityksellisyyden. Esimiehen työssä kehittäminen on tärkeässä roolissa ja huomasimme, miten tärkeää on työyhteisön motivointi. Esimiehen kannustus ja rohkaisu ovat edellytys oman osaamisen hyödyntämiselle ja toimintatapojen muuttamiselle. (Virtanen ym. 2011. 46.) Hoitohenkilökunnan näkökulma jäi hieman vähäiseksi. Pohdimme olisivatko tulokset olleet erilaisia, jos ryhmässä olisi ollut enemmän hoitajia.

Roolimme oli luotsata kehittämistoimintaa eteenpäin kunkin teeman mukaisesti antamalla siihen tarvittavat työkalut. Oma aktiivisuutemme sekä motivaatiomme edesauttoi prosessin eteenpäinviemistä. Mielestämme emme vaikuttaneet toiminnallamme kehittämisen lopputulokseen. Kehittämisyhmän työskennellessä oli mielenkiintoista huomata, kuinka keskeneräinen mielikuva kehittämisen kohteista alkoi saada muotoa yhteisissä keskusteluissa.

Kehittämisprosessin aikana opimme hyödyntämään erilaisia osallistavia ja luovia menetelmiä. Niiden käyttöä motivoi käytännönläheisyys. Luovat menetelmät mahdollistivat tapaamisten vapaamuotoisuuden, eikä niiden tuottamaa sisältöä voinut ennalta tietää. Luovia menetelmiä hyödynnettäessä ja ihmisten kanssa työskennellessä täytyy kuitenkin muistaa, että myös omat persoonat ovat yhtenä työvälineenä. Ensimmäisenä kohtaavat ihmiset, sitten vasta asiat (Virtanen ym. 2011. 31).

Luovien menetelmien hyödyntäminen antaa työyhteisön kehittämiseen uusia ulottuvuuksia. Lammi (2007) vertaa luovuutta saippuaan. *”Se on tarpeellinen kaikille ihmisille, jopa itsestäänselvyys ja sen puutteen huomaa nopeasti. Sitä näkee monessa eri muodossa: Se voi olla juoksevaa ja säännösteltyä, liukasta ja pitelemätöntä tai muotoon asettunutta ja kruusailtua. Joskus sitä on liikaa ja toisinaan se on hukassa juuri silloin, kun sitä eniten tarvitaan. Luovuuden löytäminen on kuin sauna hikisen päivän jälkeen. Asiat kirkastuvat ja asettuvat paikoilleen. Se tekee myös onnelliseksi (emt, 2007, 3).”* Tulevaisuudessa meillä on rohkeutta hyödyntää luovia menetelmiä, koska olemme jo käytännössä kokeneet niiden hyödyn.

Kehittämispöytäkirjan ajan teimme muistiinpanoja havainnointipäiväkirjaan. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2000, 205 - 206) kuvaavat päiväkirjaa eräänlaiseksi itseohjautuvan kyselylomakkeen täytöksi avointa vastaustapaa käyttäen. Kehittämistyössämme havainnointipäiväkirjaa voidaan pitää luovien menetelmien täydentäjänä. Raporttia kirjoittaessamme pystyimme havaintopäiväkirjan avulla saamaan tietoa siitä, mitä tehtiin, milloin ja miksi. Oleellisia asioita olisi saattanut jäädä huomiotta ilman muistiinpanoja. ”*Tarkkailevana, ulkopuolisena havainnoijana on tavoitteena oppia katsomalla* (Vilka 2006, 26).” Etuna oli myös se, että raportointivaiheessa meillä oli käytössä kaksi versiota havainnointipäiväkirjoista, jotka täydensivät toisiaan.

Kehittämissuunnan toiminta käynnistyi syksyllä 2012. Käytännön kehittäminen ryhmän kanssa olisi kannattanut aloittaa aikaisemmin. Tämä olisi mahdollistanut käytännön kokeilun. Pöytäkirjan arvioinnista puuttuu kokonaan työntekijöiden kokemus kotiutumispöytäkirjan ja hyvien yhteistyökäytäntöjen hyödyntämisestä ja toimivuudesta. Riskinä on, että mallia ei oteta käyttöön tai vain osa yksiköistä hyödyntää sitä.

### 9.3 Jatkokehittämisen haasteet

Kehittämissuunnan tapaamisissa nousi esiin tehostetun kotihoidon toiminnan kehittäminen. Tehko mielletään usein raskashoitotilojen ikäihmisten hoitoyksiköksi. Tehkolla on kuitenkin mahdollisuus hoitaa enemmän sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja saattohoitopotilaita. Tehkoa voisi hyödyntää myös enemmän kuntouttavassa toiminnassa sekä kotiutuskokeiluissa.

Kehittämistyössämme luotiin hyviä yhteistyökäytäntöjä. Päivystysvastaanoton ja vuodeosaston välinen yhteistyö on hoidon jatkuvuuden kannalta avainasemassa, mutta yhteistyötoiminta puuttuu lähes kokonaan. Tulevaisuudessa on tärkeää järjestää muutaman kerran vuodessa yhteistyöpalaverit, joissa käsitellään ajankohtaiset asiat ja päivitetäisiin hyvät yhteistyökäytännöt. Vastaavia palavereita voisi olla myös kaikkien yksiköiden välillä.

Yhtenä kehittämisen haasteena nousi yhteisten koulutusten järjestäminen. Tärkeäksi koulutustarpeeksi koettiin yhteisten pelisääntöjen luominen esimerkiksi Effica-tietojärjestelmään kirjaamisessa ja muiden työyksiköiden kirjaamisten hyödyntäminen arkityössä.

## LÄHTEET

Etene. 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen R. & Voutilainen P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. [Verkkajulkaisu] Saatavana: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus\\_S004\\_110609.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf)

Gardner, S., Arve, S. & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutumisprosessin elementit - kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n.o 3:2002.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Hassinen, J. 2008. Ideointityökalupakki, Ideointimenetelmiä ja -työkaluja ideanikkareille. Partus Oy.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Ikonen E-R. & Julkunen S. 2008. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Iivonen, S. 2008. ”Kiva tulla kotiin, kun tutut likat vastassa.” Kotipalvelun asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia kotiutusten toimivuudesta. Opinnäytetyö, Porin diakonia-ammattikorkeakoulu.



Ikäkaste. 2011. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 10.10.2012] Saatavana: <http://www.ikakaste.fi/ikakaste-kokonaisuus>, <http://pikassos.fi/ikakaste-aldre-kaste>.

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Ei päiväystä. [Verkkosivu] [Viitattu 14.7.2012]. Saatavana: [http://www.jikky.fi/hallinto\\_ ja\\_paatoksenteko/](http://www.jikky.fi/hallinto_ ja_paatoksenteko/).

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Kotihoidon sisältö ja kriteerit. 2011. [Verkkosivu] [Viitattu 14.2.2012]. Saatavana: [http://www.jikky.fi/files/400/JIK-kotihoidon\\_kriteerit.pdf](http://www.jikky.fi/files/400/JIK-kotihoidon_kriteerit.pdf).

JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Ei päiväystä. [Verkkosivu] [Viitattu 13.2.2013]. Saatavana: ([http://www.jikky.fi/potilaat\\_asiakkaat\\_ ja\\_laheiset/ikaantyneille/ennaltaehkaisevat\\_palvelut/hyvinvointipaivat\\_75-vuotiaille](http://www.jikky.fi/potilaat_asiakkaat_ ja_laheiset/ikaantyneille/ennaltaehkaisevat_palvelut/hyvinvointipaivat_75-vuotiaille)).

Johnson, M. 2011. The Shifting Landscape of Health Care: Toward a Model of Health care Empowerment. *American Journal of Public Health* 101 (2). 265-270.

Kaarakainen, M. 2002. Julkisen laitoshoidon ja yksityisen avohoidon yhteistyö. Pro Gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos.

Kehittävä itsearviointi työyhteisössä. Työsuojelurahasto. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu.] [Viitattu 25.2.2013]. Saatavana: <http://www.tsr.fi/tutkimustietoa/tata-tutkitaan/hanke?h=108003>.

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju. Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa: Heikkinen H., Huttunen R. & Moilanen P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Jyväskylä: Atena.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Korhonen, I. & Laaksoranta, T. 2010. Ääni kuuluviin – Kotiutumisprosessin kehittäminen vanhustyössä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyrönlahti, E. & Palomäki, S-L. Pyramidimalli. 2011. Luentomateriaali.

Kyselylomake. Ei päiväystä. [Verkkosivu] [Viitattu 30.10.2012]. Saatavana: <http://ok-opintokeskus.fi/kyselylomake>.

Käsitteellinen mallintaminen. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.1.2013]. Tampereen yliopisto. Saatavana: <http://www.uta.fi/sis/tie/kmal/index.html>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [Verkkosivu] [Viitattu 6.2.2012]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/asiasanat.php?start=m&key=Potilaan%20asema&id=3171>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta. 2000. [Verkkosivu] [Viitattu 15.8.2012]. Saatavana: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1246535>.

Lammi, M. 2007. Luovat menetelmät innovaatiotoiminnassa. Taideteollinen korkeakoulu ja Vaasan yliopisto: Länsi-Suomen muotoilukeskus MUOVA.

Leppänen, P. 2006. Kotiutushoitajan tehtävänkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa. Helsingin ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Ikääntyvien ja pitkäaikaissotilaiden hoiton koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.

Lisää vuosia omassa kodissa – hyvinvointialan asiakasymmärrystä ja teknologiaa ikäihmisten asumiseen. 2011. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 25.2.2012.] Saatavana:

[http://www.metropolia.fi/ajankohtaista/uutiset/arkisto/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=3041&tx\\_ttnews%5Bpointer%5D=9&cHash=241ec1a38c5a03944fcb98585ae8881c](http://www.metropolia.fi/ajankohtaista/uutiset/arkisto/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=3041&tx_ttnews%5Bpointer%5D=9&cHash=241ec1a38c5a03944fcb98585ae8881c)).

Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto. Teknis-taloudellinen tiedekunta.

Mitronen, M. & Solmula, P. 2011. Kotiutuminen sairaalahoidosta - Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.

Mäkinen, E., (toim.) Niiinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1998. Kotihoito. Porvoo: WSOY.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan perusteet. Helsinki: Tammi.

Nakus, M. & Osinka, A. 2010. Hoitajan jaksaminen kotihoidossa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Helsinki.

Palvelutarpeen arviointi määrääjässä. 2011. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 6.2.2012]. Saatavana: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ja\\_etuudet/palvelutarpeen\\_arviointi](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi).

- Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tueksi. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalaan kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoiton piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ratkaisu osa prosessia. Tiedolla johtaminen. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu] Viitattu 25.2.2013.] Saatavana: <http://www.logica.fi/we-work-in/pharmaceuticals/business-intelligence/>.
- Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee- koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Reason, P. 2006. Choice and Quality in Action Research Practice. JOURNAL OF MANAGEMENT INQUIRY, Vol. 15 No. 2, June 2006 187-203. University of Bath: Sage Publications. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 14.5.2012] Saatavana: <http://peterreason.eu/Papers/choice%20and%20quality.pdf>.
- Roberts, K. 2002. Exploring participation: older people on discharge from hospital. Journal of Advanced Nursing 40 (4). 413–420.
- Rosswurm, M. & Lanham, D. 1998. Discharge Planning for Elderly Patients. Journal of Gerontological Nursing 24 (5). 14–21.
- Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla; toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus – Stakes – Suomen kuntaliitto.
- Suonsivu, K., Mäkipää, P. & Suominen, H. 2009. Eettisiä pohdintoja laitoshoidossa. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 11/2009.
- SWOT-analyysi. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 30.10.2012] Saatavana: [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)
- Takanen, T. & Petrow, S. 2010. Kohtaamisen voima – Tarina yhdessäluovasta uudistumisesta. Sitra 290. Helsinki: Edita Prima.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere.

Tuomi, J. (toim.) 2005. Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 6.

Victor, C. & Vetter, N. 1988. Preparing the elderly for discharge from hospital: a neglected aspect of patient care. *Age-Ageing* Volyme 17, issue 3. 155-166.

Vesterinen, S. 1999. Sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Tammi, Helsinki.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin julkaisu 28/2011.

## Liite 1

Arvoisa kotiutuja

Tarkoituksenamme on selvittää, kuinka asiakkaat kokevat kotiutumisen sairaala- tai laitoshoidosta omaan kotiin. Teemme opinnäytetyönämme kotihoitopotilaan kotiutumisprosessiin liittyen asiakkaan näkökulmasta. Olemme sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opiskelijoita. Tavoitteena on luoda hyviä yhteistyökäytäntöjä eri yksiköiden välille. Opinnäytetyömme toteutetaan Kurikan terveyskeskuksessa ja kotiutumisprosessi mallinnetaan koko JIK:n käyttöön.

Pyytäisimme, että täyttäisitte liitteenä olevan kyselylomakkeen. Vastauksenne olisivat tärkeitä kehittäessämme kotiutumista. Olemme vaitiolovelvollisia, vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti.

Voitte palauttaa lomakkeen mukana tulevassa kirjekuoressa tai jättää lähtiessänne kotiin vuodeosaston hoitajalle. Jos luonanne käy kotihoidon työntekijä, voitte palauttaa kyselylomakkeen myös hänen kauttaan.

Ystävällisin terveisin

Terveydenhoitaja

Kati Lindroos

050-xxxxxxx

Sairaanhoitaja

Riia Tuomisto

040-xxxxxxx

