



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Iiris Lehtinen

lääkkäiden kuntoutujien kotiutumista tukevien käytäntöjen kehittäminen Espoon sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Tutkimuksellinen kehittämissyö

27.11.2018

Tekijä Otsikko	Iiris Lehtinen Iäkkäiden kuntoutujien kotiutumista tukevien käytäntöjen kehittäminen Espoon sairaalassa
Sivumäärä Aika	70 sivua + 7 liitettä 27.11.2018
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	yliopettaja Pekka Paalasmaa yliopettaja Salla Sipari
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi. Tutkimuksellinen kehittäminen toteutui Espoon sairaalassa ja siinä oli mukana sairaalan iäkkäitä espoolaisia kuntoutujia sekä sairaalassa työskenteleviä hoito- ja kuntoutusalan ammattilaisia.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineiston keruu toteutui laadullisin menetelmin neljässä vaiheessa ryhmäkeskustelua ja yhteiskehittelyn menetelmiä hyödyntäen. Iäkkäille kuntoutujille pidettiin kaksi samansisältöistä ryhmäkeskustelua, jotka tuottivat aineistoa kotiutumisen edellytyksistä heidän näkökulmastaan. Ryhmäkeskustelun runko muodostettiin Jyrkämän toimijuuden modaliteetteja sekä iäkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumiseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa yhdistämällä. Seuraavissa kehittämistyöryhmissä hyödynnettiin ryhmäkeskustelujen analyysoituja aineistoja virikemateriaaleina. Aineistonkeruumenetelminä sovellettiin tulevaisuusverstaas ja Learning café -menetelmiä. Ensimmäinen yhteiskehittely järjestettiin iäkkäille kuntoutujille ja toinen iäkkäille kuntoutujille sekä ammattilaisille yhdessä. Yhteiskehittelyissä tuotettiin tietoa kotiutumista tukevista hyvistä olemassa olevista ja tulevaisuudessa tarvittavista käytännöistä. Aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena syntyi kuvaus iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä. Ydintekijöitä ovat iäkkään kuntoutujan oma motivaatio kuntoutumiseen ja kotiutumiseen sekä käytössä oleva toimintakyky. Iäkkään kuntoutujan kuntoutumista ja kotiutumista tulee tukea esimerkiksi yksilöllisen kohtaamisen, suunnitelmallisen kuntoutumisen ja kotiutumisen, kuntoutumista tukevan ilmapiirin sekä tiedon ja ohjauksen kautta. Kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemisen ei tule rajoittua sairaalan seinien sisäpuolelle, vaan tärkeää on ottaa huomioon iäkkään kuntoutujan oma ympäristö ja tehdä esimerkiksi tarvittavat muutokset iäkkään kuntoutujan kotiympäristöön. Koko kuntoutumis- ja kotiutumisprosessin ajan tulee huomioida iäkkään kuntoutujan kotona asumista tukevat verkostot ja tehdä verkostojen kanssa rajapintoja ylittävää yhteistyötä.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää Espoon sairaalan ja muiden sairaaloiden kotiutumisprosessien kehittämisessä.</p>	
Avainsanat	iäkäs kuntoutuja, kotiutuminen, kotiutumista tukevat käytännöt

Author Title	Iiris Lehtinen The Practices Supporting the Elderly Rehabilitates' Transition from Hospital to Home
Number of Pages Date	70 pages + 7 appendices November 2018
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Salla Sipari, Principal Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to improve practices that support the transition of elderly rehabilitates from hospital to home. The thesis was carried out in a ward of Espoo Hospital in Finland. The elderly rehabilitates and professionals of the ward participated in this study.</p> <p>This thesis was carried out by using action research as a methodology. Data was collected by using qualitative data collection methods. Two focus groups were held for the elderly rehabilitates in order to define what the requirements of returning home from hospital are according to the elderly. The themes for the focus groups were formed by combining Jyrkämä's theory of the modalities of agency, and literature and studies considering discharge planning and the elderly rehabilitates' transition from hospital to home. This data was used as support material in later co-creation groups. The methods applied for the co-creation groups were Future Workshop and Learning Café. One co-creation group was held only for the elderly rehabilitates and one for the elderly rehabilitates and the professionals together. The theme for these co-creation groups was practices that support the transition from hospital to home. The participants identified already existing good practices and the ones that would be needed in the future. All data were analysed using data-driven content analysis.</p> <p>As a result, a description was created of the key factors of the elderly rehabilitates transition from hospital to home. The elderly rehabilitate's own motivation to rehabilitation and returning to home as well as the actual functional ability are essential factors. Supporting the elderly rehabilitate's transition from hospital to home consists of paying attention to the elderly rehabilitate's individuality, planning the rehabilitation and discharge process carefully, atmosphere that supports recovery and educating the elderly rehabilitate and his or her family. The support should not be restricted to the hospital. The rehabilitate's own home environment should be considered. The importance of incorporating the family and other networks that support living at home should be recognized. The collaboration across the hospital-community interface should be strengthened during the discharge planning process.</p> <p>This thesis produced knowledge of the content of the practices that support the elderly rehabilitates' transition from hospital to home. The results can be utilised in developing the practices of Espoo Hospital and in other hospitals rehabilitating and discharging elderly.</p>	
Keywords	elderly, rehabilitation, practices supporting the transition from hospital to home

Sisällys

1	Johdanto	1
2	lääkään kuntoutujan sairaalasta kotiutuminen	3
2.1	lääkään kuntoutujan kuntoutuminen sairaalassa	3
2.2	lääkään kuntoutujan kotiutuminen ja sairaalasta kotiutumisen edellytykset	6
2.3	lääkään kuntoutujan kotiutumista tukevien käytäntöjen kehittäminen	9
3	Espoo toimintaympäristönä	11
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	14
5	Menetelmälliset ratkaisut	15
5.1	Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana	15
5.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	17
5.3	Osallistujien valinta ja kuvaus	18
5.4	Aineiston kerääminen	20
5.5	Aineiston analysointi	25
6	lääkäiden kuntoutujien kotiutumisen edellytykset ja kotiutumista tukevat käytännöt	26
6.1	Kotiutumisen edellytykset	26
6.2	Kotiutumista tukevat käytännöt	33
6.2.1	Kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt	33
6.2.2	Kotiutumista tukevat tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt	36
7	Kuvaus lääkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä	39
8	Pohdinta	42
	Lähteet	61
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Ryhmäkeskustelu	
	Liite 2. Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Yhteiskehittely	
	Liite 3. Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Yhteiskehittely ammattilaisten kanssa	
	Liite 4. Tutkimushenkilötiedote ammattilaisille	
	Liite 5. Suostumusasiakirja	
	Liite 6. Ryhmäkeskustelun runko	
	Liite 7. Ensimmäisen kehittämistehtävän sisällönanalyysi	

1 Johdanto

Yksi hallituskauden kärkihankkeista on palveluiden muokkaaminen asiakaslähtöisiksi. Tavoitteena on esimerkiksi ihmisten osallisuuden ja valinnanmahdollisuuksien lisääminen sekä ihmisoikeuksien toteutumisen vahvistaminen. (Ratkaisujen Suomi 2015: 18.) Lainsäädännön mukaan asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Asiakkaan yksityisyyttä, vakaumusta, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan ja laatia suunnitelma terveyden- ja sairaanhoidosta yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakkaalle tulee antaa tarvittavat tiedot ymmärrettävästi hoitoon ja terveyteen liittyen, jotta hän voi osallistua päätöksentekoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Kuntoutuksen kehittämiskohteiksi on nimetty muun muassa asiakkaan aseman parantaminen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden lisääminen. Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. (Kuntoutusselonteko 2002: 3, 20–21.) Kuntoutusprosessin seurauksena kuntoutuja selviytyy arjessaan (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi 2017: 44). Kuntoutujan oma näkemys arjessa selviytymisestään konkretisoi kuntoutustarvetta. Kuntoutuja hyötyy tiedon käsittelystä yhdessä, sillä silloin voidaan varmistaa, että vastataan aitoihin tarpeisiin. (Mäkinen 2014a: 8–9.)

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitäminen on yksi kuntoutuksen ajankohtaisista haasteista (Kuntoutusselonteko 2002: 22). Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle vanhuuseläkeläisten määrä nousee. Toisaalta vanhusväestön osuus kasvaa myös eliniän pidentymisen vuoksi. Iäkkäiden kuntoutuksessa haasteena on pitkäaikaissairauksien sekä muiden toiminnallisten rajoitusten yleisyys. Kuntoutukselta odotetaan nykyistä tehokkaampia keinoja tukea iäkkäiden kotona selviytymistä. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003: 24.)

Vanhuspalvelulaissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyvyn aleneminen voidaan liittää korkeasta iästä riippuviin syihin. (Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi 2013: 5.) Espoon väestön ikärakenne vanhenee nopeasti valtakunnallisesti tarkastellen. Yli 65-vuotiaiden määrän arvioidaan kasvavan vuosien 2015–2024 aikana noin 1 500 henkilöllä vuosittain. (Lyytikäinen & Rysti & Savikko & Viljamaa 2016: 19.)

Kunnallisten palveluiden kehittämisessä tavoitteena on ikääntyneen väestön mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Tarpeisiin vastaavilla palveluilla pyritään tukemaan iäkkään toimijuutta sekä edistämään yksilöllistä hyvää elämää ja toimivaa arkea omassa ympäristössään. Palvelurakenteen kehittämisellä pyritään kustannusten hillitsemiseen väestön ikärakenteen muuttuessa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 10–13.) Iäkkäiden kuntoutuksessa tulisi huomioida yhteiskunnasta syrjäytymisen ehkäiseminen kotona selviytymisen tukemisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi. Ammattilaisten tulisi tukea iäkkäiden mahdollisuuksia osallistua yhteiskuntaan sekä kokea elämänsä mielekkääksi ja turvalliseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 8–9, 14, 95.)

Suomessa toimintakyvyn ongelmia on pyritty palvelurakenteesta johtuen ratkaisemaan laitoshoidossa, vaikka sekä fyysisen että psyykkisen toimintakyvyn on todettu heikkenevän vuodeosastolla. Nyt painopistettä pyritään siirtämään laitoshoidosta avohoitoon. (Kuntoutusselonteko 2002: 26.) Kotiutuminen sairaalasta on kriittinen vaihe asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuuden osalta. Sairaalajaksojen lyhentyessä sairaalasta kotiutuvat kuntoutujat tarvitsevat aiempaa runsaammin tukea. (Kehusmaa & Mäkelä & Heikkilä 2018: 1–5; Pöyry & Perälä 2003: 9.) Useissa projekteissa on pyritty tiivistämään kotiutumisvaiheeseen osallistuvien eri toimijoiden yhteistyötä. Kehittämistyötä on tehty pääasiassa ammattilaisten näkökulmasta asiakaslähtöisyys huomioiden. (Pöyry & Perälä 2003: 9.) Espoon sairaalan neurologisen osaston ammattilaisten ja verkostojen yhteistyötä kotiutumistoiminnassa on kehitetty esimerkiksi sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyönä (Henriksson ym. 2012: 43, 77).

AVH-kuntoutujien kuntoutumis- ja kotiutumisprosessi on ollut sekä Trobergin (2012) ja Euramon (2016) tutkimuksellisten kehittämistöiden aiheena. Molemmissa töissä jatkokehittämistarpeiksi nimettiin muun muassa kuntoutujien aktiivisempi osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Euramon (2016: 48, 52, 57) mukaan kuntoutujien aseman vahvistuminen vaatii toimintakulttuurin muuttumista ja kuntoutujien asiantuntijuutta hyödyntäviä malleja. Tarvitaan lisää kuntoutustoiminnan yhteistä tarkastelua ja yhteisen ymmärryksen luomista yhdessä oppien ja kehittäen (Sipari & Mäkinen 2012: 6). Kuntoutujien osallistumisen kautta heidän aito kokemusmaailmansa välittyy (Troberg 2012: 95). Espoon sairaalan kuntoutujista valtaosa on iäkkäitä, joten heidän näkökulmansa esiintuominen on tärkeää.

Espoon sairaalan toiminnallisessa suunnitelmassa korostetaan kuntoutuksen toimintamallien, asiakkuuksien ja toimintaohjelmien jatkuvaa parantamista. Asiakkuuksien kehittämisessä tavoitteena on kuntoutujan sairaalasta kotiutumiseen tähtäävän prosessin sujuvuus. Toimintaohjelmissa kehitetään hyviä toimintatapoja, käytäntöjä sekä ohjeistuksia henkilöstölle kyseessä olevan asiakasryhmän hoitoon ja kuntoutukseen liittyen. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 21, 28–29, 41.) Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö käsittelee näistä toimintaohjelmista eniten geriatrinen kuntoutuja -asiakkuutta sekä kotiutuksen mallia. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi.

2 Iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutuminen

2.1 Iäkkään kuntoutujan kuntoutuminen sairaalassa

Kuntoutujaan kohdistuvat odotukset ovat muuttuneet kuntoutuksen paradigman muuttuessa. Potilaan, intervention kohteen tai edun saajan sijaan asiakas nähdään aktiivisena omaa elämäänsä suunnittelevana subjektina, kuntoutujana. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 50–52.) Kuntoutujan aktiivisen roolin tunnustamisen vuoksi tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään sairaalan asiakkaista käsitettä kuntoutuja. Iäkkäällä kuntoutujalla tarkoitetaan tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä yli 65-vuotiaasta kuntoutujaa.

Kuntoutuksen paradigman muuttuminen on ollut huomattavissa jo pitkään suomalaisessa kuntoutuksessa. Muutoksen vaikutuksia käytännön asiakastyöhön ei ole kuitenkaan selvitetty vielä kovin kattavasti. Paradigman muutos näkyy mahdollisesti kuntoutuksen retorikassa edelleen vahvemmin kuin käytännössä. Tutkimukset viittaavat siihen, että toisinaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ei huomioida riittävästi ja heidän puolestaan tehdään kuntoutukseen liittyviä päätöksiä. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 28–29, 52.) Iäkkään kuntoutujan aiemmat kokemukset sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaana olemisesta, asiakkaan roolista suhteessa asiantuntijoihin sekä kuntoutukseen liittyvät odotukset, vaatimukset ja epäilykset vaikuttavat kuntoutumisprosessiin (Pikkarainen & Pyörriä & Savikko 2016).

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kuntoutujalle kokonaisvaltaiset ja asiakaslähteiset kuntoutustalvelut. Moniammatillisuus kuuluuakin osaksi hyviä kuntoutuskäytäntöjä.

Uudistuva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa korostaa aiempaa vahvempaa suunnitelmallisuutta ja yhteistyötä kuntoutuksessa. (Jeglinsky-Kankainen & Kukkonen 2016.) Kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisten yhteistyössä laatiman tavoitteen tulee ohjata kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja toteutusta. Kuntoutussuunnitelmaa tehdessä tulisi huomioida kaikkien ammattilaisten keräämät tiedot, jotta voidaan asettaa realistinen tavoite ja muodostaa tavoitteen saavuttamista vaativista kuntoutustoimenpiteistä yhteinen ymmärrys. (Autti-Rämö & Mikkelsson & Lappalainen & Leino 2016.)

Rinnakkaisten tai perättäisten vaiheiden muodostamien kuntoutusprosessien sijaan tulisi pyrkiä vuorovaikutteisiin ja dynaamisiin toimintakonsepteihin. Verkostoitumisen avulla voidaan edistää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Verkostojen yhteistyöllä mahdollistuu kokonaiskuvan hahmottaminen kuntoutujan tavoitteista, toiminnasta ja eri toimijoista. Verkostoyhteistyössä toimijoiden tulisi sitoutua ja työskennellä yhdessä asetettujen tavoitteiden suunnassa kuntoutumisen tukemiseksi. (Sipari 2014: 66.)

Kuntoutus sisältää nykyisin runsaasti monialaisia ja moniammatillisia toimintaverkostoja, joissa yhdessä toimiminen ja tiedon välittyminen ovat olennaisia tekijöitä yksilön kuntoutumisen kannalta. (Autti-Rämö & Salminen 2016a.) Kuntoutustoiminpiteet sisältävät merkittävässä määrin vuorovaikutusta kuntoutujan itsensä sekä hänen verkostojensa muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyöllä pystytään vahvemmin tukemaan kuntoutumisen siirtymistä ihmisen arkeen. Yhteistyölle ja tiedon siirtämiselle tulee varata riittävästi resursseja. (Autti-Rämö & Salminen 2016b.)

Kelan IKKU-hankkeen tulosten perusteella iäkkäiden kokonaisvaltaisessa ja tavoitteellisessa kuntoutuksessa tulee huomioida kuntoutujan aikaisempi elämänkulku, senhetkinen elämäntilanne kuin myös tulevaisuuden tarpeet (Pikkarainen 2013: 16–18). Iäkkäiden kuntoutujien elettyä elämää tulee ymmärtää, jotta voidaan yhteistyössä asettaa kuntoutumiselle tavoitteita ja päämääriä. Iäkkäille kuntoutujille tulisi antaa riittävästi aikaa kuntoutukseen valmistautumiseen yksilöllisten tarpeiden, tavoitteiden ja toiveiden tunnistamiseksi. (Pikkarainen ym. 2016.)

Iäkkäät nähdään usein yhtenäisenä ryhmänä, jonka sisällä yksilöiden tarpeet eivät merkittävästi poikkea toisistaan. Tällöin myös jokaiselle tarjotaan samaa palvelupakettia ja niin yksilölliset tarpeet kuin vahvuudetkin jäävät huomioimatta. Asiakaslähtöisyyden

mahdollistuminen palveluissa edellyttäisi toimintakulttuurin muutosta, nykyistä eheämpää eri toimijoiden ja organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa palvelukokonaisuutta. (Paasivaara 2004: 31–32.)

lääkäiden kohdalla puhutaan usein primaarisesta ja sekundaarisesta vanhenemisesta. Primaariseen vanhenemiseen kuuluvat korkean iän mukanaan tuomat luonnolliset muutokset ja sekundaariseen esimerkiksi sairauksien, tapaturmien ja muuttuvien elämäntilanteiden aiheuttamat muutokset toimintakyvyssä. Iäkkään tulkinnalla muutosten laadusta on vaikutusta hänen tekemiinsä valintoihin ja kuntoutumismotivaatioon. Iäkkäiden kuntoutumisessa ei voida erottaa konkreettista toimintakyvyn rajoitteista ja sairauksista kuntoutumista ja elämänkulun ja vanhenemisen käsittelyä toisistaan. Vanhenemisprosessin käsittely tukee oman tilanteensa hyväksymistä ja elämänhallinnan vahvistumista. Iäkkäiden akuutissa kuntoutuksessa keskitytään äkillisen sairauden tai toimintakyvyn heikkenemisen jälkeisten muutosten lievittämiseen ja ehkäisemiseen. (Pikkarainen ym. 2016.)

Sairaalassa ihmisen yksilöllisyys voi kadota nopeasti ja hänet voidaan nähdä potilaana, yhtenä muiden hoidettavien joukossa. Samalla iäkkään äänen ja itsemääräämisoikeuden huomioiminen katoaa. Laitospainotteisessa ympäristössä voi tapahtua passivoitumista ja laitostumista, jos iäkkäiden yksilöllisiä tarpeita kuntoutumisessa ja toimintakyvyn tukemisessa ei oteta huomioon. (Syvänen 2004: 58–59, 71.) Ammattilaisten tulee tukea kuntoutujan itseluottamusta, itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Kuntoutujille ja omaisille täytyy tarjota tukea sekä tietoa aktiivisen kumppanuuden saavuttamiseksi kuntoutumisessa. (Burke & Doody 2012: 36.)

Mäkisen (2014a) mukaan asiakasymmärrys muodostuu kuntoutujan tietoisuudesta kuntoutuksen tavoitteista sekä sitoutumisesta kuntoutukseen. Korkeimman tason asiakasymmärryksessä kuntoutuja ja ammattilainen ovat tasavertaisia kumppaneita, jotka ovat molemmat sitoutuneita työskentelemään yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Korkeimmalle tasolle pääsy vaatii ammattilaisilta tasavertaisuuden mahdollistamista sekä asiakkailta rohkeutta tarttua oman kuntoutusprosessinsa ohjaksiin. (Mäkinen 2014a: 11–14.) Yhdessä tekemisen kautta kuntoutujan sitoutuminen kuntoutukselle asetettuihin tavoitteisiin on vahvempaa, mikä taas parantaa kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta. Kuntoutujan näkökulmasta kuntoutuksen voidaan sanoa olevan vaikuttavaa ja tuloksellista silloin, kun se tukee hänen selviytymistään omassa elämässään.

(Mäkinen 2014b: 61–63.) Asiakasnäkökulmaa ei voida muodostaa ilman, että kuntoutu-
jat pääsevät itse kuvaamaan heille merkityksellisiä asioita omissa elämissään (Mäkinen
2014a: 11).

2.2 Iäkkään kuntoutujan kotiutuminen ja sairaalasta kotiutumisen edellytykset

Kotona asuminen on iäkkäiden elämänlaadun kannalta keskeisin asumismuoto. Oma
koti tukee iäkkään itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja mielekkääseen toimintaan osal-
listumista. Kotona asumista tukemaan tarvitaan monipuolisia ja uudenlaisia asumiseen
ja asuinympäristöihin kohdistuvia toimenpiteitä sekä palveluita. Kuntoutuspalvelujen te-
hostaminen on olennaista iäkkäiden kotona asumisen tukemiseksi. Kuntoutumismahdol-
lisuudet tulisi arvioida kattavasti ja pyrkiä kotona asumisen jatkumiseen näiden tunnista-
misen avulla. Kuntoutuksen tulee olla tiivis osa kaikkia palveluja ja kuntoutumista edis-
tävän työtavan vahvistua entisestään. Kuntoutumista edistävien palveluiden jatkumo on
turvattava erityisesti siirtymävaiheissa, kuten sairaalasta kotiutuessa. (Laatusuositus hy-
vän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013: 21–25, 29–34, 38.)

Kuntoutujan ja/tai omaisten tulee osallistua kotiutumisen suunnitteluun aktiivisesti (Par-
ker ym. 2002: 2). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään kuntoutujan sai-
raalasta kotiin tai siihen verrattavissa olevaan asumismuotoon siirtymisestä käsitettä ko-
tiutuminen. Kotiutumisen käsite tukee näkemystä kuntoutujasta aktiivisena toimijana ko-
tiutumisessa.

Kotiutumisen suunnittelun tunnistetaan vaativan merkittävästi aikaa (Burke & Doody
2012: 35). Kotiutumisen suunnittelu tulisi aloittaa mahdollisimman varhain (Parker ym.
2002: 2). Kotiutumisprosessin kehittämiskohteiksi oli tunnistettu erityisesti kotiutumisen
suunnittelu riittävän hyvissä ajoin yhdessä kaikkien osapuolien kanssa sekä tiedon vii-
veetön siirto eri toimijoiden välillä. Puutteellinen tiedonkulku työyhteisössä ja eri yksiköi-
den välillä on yksi kotiutumisesta hankaloittavista tekijöistä. (Perälä & Hammar 2003: 5,
11–13.) Sairaalassa työskentelevien ammattilaisten, omaisten ja kotihoidon yhteistyön
avulla varmistetaan iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen sujuminen (Kehusmaa
ym. 2018: 1).

Iäkkäiden kuntoutujien riski joutua ympärivuorokautiseen hoitoon tai palata sairaalaan
on suurempi, jos he eivät saa apua omaisilta (Kehusmaa ym. 2018: 2–3). Omaisten rooli

kotiutumisen tukemisessa on tärkeä. Omaisiin otetaan kuitenkin usein yhteyttä vasta kotiutumispäivän lähestyessä. Omaisten osallistumista kuntoutumis- ja kotiutumisprosessiin kokonaisuudessaan tulisi vahvistaa. (Burke & Doody 2012: 35.) Yhteiset tavoitteet ja niiden eteen työskentely ovat kotiutumisen onnistumisen kannalta tärkeitä. Kuntoutumisen tavoitteiden kautta kotiutuminen osataan ajoittaa oikein. (Perälä & Hammar 2003: 11–12.)

Kotiutumisen huolellinen suunnittelu on tärkeää erityisesti iäkkäiden paljon tukea tarvitsevien kuntoutujien kohdalla. Kotiutumisen onnistumiseksi kuntoutujien osallistumista kotiutumisen suunnitteluun tulisi lisätä ja tehostaa yhteistyötä ammattilaisten kanssa. Kotiutumisen onnistumista voidaan arvioida esimerkiksi kuntoutujien tyytyväisyyden sekä elämänlaadun kautta. (Carroll & Dowling 2007: 882–886.) Kuntoutujien kotiutumisprosessiin osallistumista arvioivia menetelmiä on kuitenkin kehitetty rajallisesti, ja osa menetelmistä keskittyy pikemminkin tiedon yksisuuntaiseen välittämiseen kuntoutujalle kuin kuntoutujan ja ammattilaisten yhteistyöhön (Foss & Askautrud 2010: 52–54). Yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu voi lyhentää sairaalajaksoa hiukan sekä pienentää iäkkäiden kuntoutujien todennäköisyyttä sairaalaan paluuseen (Gonçalves-Bradley & Lannin & Clemson & Cameron & Shepperd 2016: 14). Siirtymävaiheen suunnittelulla voi olla merkittäviä vaikutuksia kuntoutujien elämänlaatuun kotiutumisen jälkeen (Carroll & Dowling 2007: 882).

Kotiutumisessa on huomioitava myös kotona selviytymistä tukeva ja turvallinen kotiympäristö (Grimmer & Moss 2001: 110). Iäkkäillä yleisien toimintakykyä heikentävien pitkäaikaissairauksien lisäksi palvelutarpeen lisääntymiseen vaikuttavat yksin asuminen ja asuinympäristöstä johtuvat haasteet itsenäiselle toimimiselle (Voutilainen ym. 2007: 158–160). Ympäristön muokkaamisella ja apuvälineillä voidaan mahdollistaa arjen toiminnoista suoriutumista toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta (Sainio & Koskinen & Sihvonen & Martelin & Aromaa 2016: 64).

Iäkkäimpien kuntoutujien kohdalla kotiutumisen onnistumiseen nähdään vaikuttavan kotiutumisprosessiin, kotona selviytymistä tukeviin virallisiin (palvelut) ja epävirallisiin verkostoihin (läheisten tuki) sekä kuntoutujiin itseensä liittyvät tekijät (Bragstad & Kirkevold & Hofoss & Foss 2012: 2). Yhteistoiminnassa tulisi hyödyntää eri ammattilaisten asiantuntijuuksien lisäksi kuntoutujan omaa sekä hänen lähiverkostonsa asiantuntijuutta. Tällöin jokainen voi liittää oman osaamisena kuntoutumisprosessien tukemiseksi ja kokonaisuus on paremmin koordinoitu. (Arnkil & Seikkula 2012: 198, 205–207.)

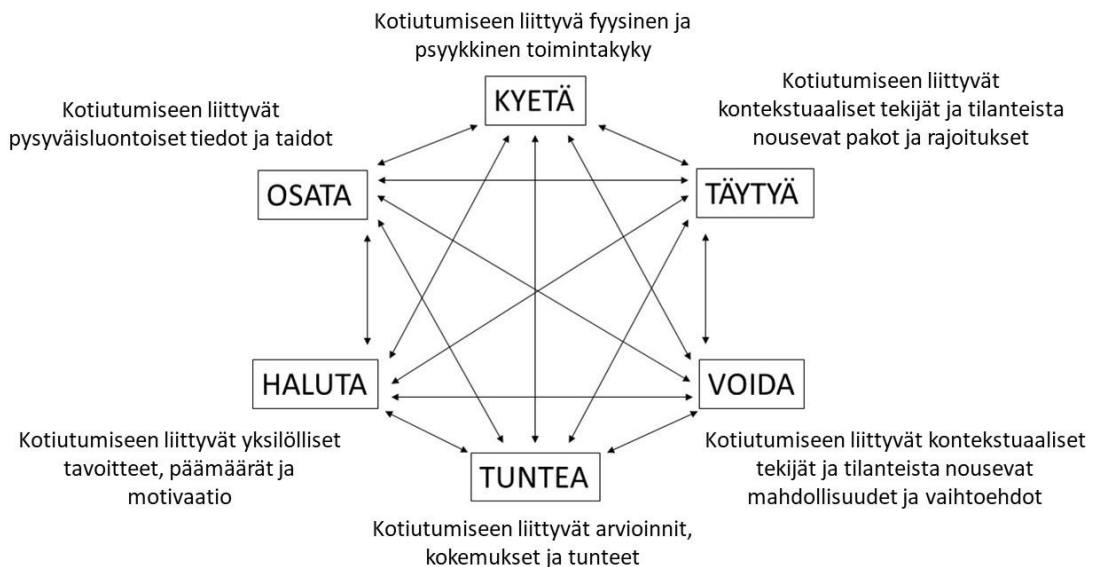
Kuntoutujan näkökulmasta kotiutumisen onnistuminen edellyttää riittävän avun ja kuntoutuksen saamista. Ensimmäiset viikot sairaalasta kotiutumisen jälkeen ovat kriittisimmät kotiutumisen onnistumisen kannalta. Kotiutumisen jälkeisen riittävän seurannan on todettu vähentävän uusien sairaalajaksojen ja päivystyskäyntien todennäköisyyttä. Lyhyillä kotihoidon jaksoilla heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen voidaan tukea kuntoutujan kuntoutumista kotiympäristössä sekä tukea omaisen jaksamista. (Kehusmaa ym. 2018: 1, 4.)

Toimijuuden kautta toimintakyvyn tarkastelu mahdollistuu aiempaa laajemmin ja painopiste siirtyy mahdollisesta toimintakyvystä varsinaiseen käytössä olevaan toimintakykyyn. Toteutunut toiminta on merkittävämpää kuin toimintamahdollisuudet. Objektivista toimintakykyä merkityksellisempää on yksilön arvio, kokemus ja ennakointi omasta toimintakyvystään ja näiden vaikutukset. Toimintakykyä ei enää nähdä niin vahvasti yksilön ominaisuutena vaan arjessa tapahtuvana toimintana eli toimijuutena. Toimijuuden periaatteiden mukaisesti iäkkäät rakentavat omaa elämänsä elämään kontekstuaalisten tekijöiden mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa. Toiminta tapahtuu aina jossakin tietyssä elämäntilanteessa, jota määrittävät ikä, ajankohta, ikäryhmä ja paikka vuorovaikutuksessa. On huomioitava, että esimerkiksi toimijuus laitoksessa eroaa iäkkään toimijuudesta omassa kotiympäristössä. (Jyrkämä 2007a: 31–32.)

Ikääntymiseen liittyy monenlaisia arvoja, normeja, käsityksiä ja odotuksia, joilla on vaikutusta siihen, miten iäkkäisiin suhtaudutaan, mitä heiltä odotetaan ja miten heidän kanssaan toimitaan. Näillä on vaikutusta myös iäkkäiden muodostamiin merkityksiin, käyttäytymismalleihin ja toteutuvaan toimintaan. (Jyrkämä 2012: 154–155.)

Toimijuuden keskeiset ulottuvuudet eli modaliteetit ovat Jyrkämän mukaan osata, haluta, täytyä, tuntea, voida ja kyetä. Osaamisella tarkoitetaan ihmisellä olevia pysyväisluonteisia taitoja ja tietoja. Kykenemisellä kuvataan toimintakyvyn fyysisiä ja psyykkisiä ulottuvuuksia. Haluamisella viitataan yksilöllisiin, elämäntilanteeseen sidoksissa oleviin tavoitteisiin, päämääriin sekä motivaatioon. Kontekstuaalisista tekijöistä ja tilanteista nousevia pakkoja sekä rajoituksia kuvataan täytyä-ulottuvuuden kautta ja vaihtoehtoja sekä mahdollisuuksia voida-ulottuvuuden kautta. Tuntemisella tarkoitetaan yksilön tekemiä arviointeja ja kokemia tunteita tilanteisiin liittyen. (Jyrkämä 2007b: 206–208.) Aktuaalinen käytössä oleva toimintakyky ja toimijuus muodostuvat näiden modaliteettien dynaamisena prosessina (Jyrkämä 2006: 18).

Modaliteetteja voidaan hyödyntää esimerkiksi erilaisten arkielämän tilanteiden ja ilmiöiden sekä laitosten tilojen ja toimintakäytäntöjen analysoimisessa toimijoiden sekä heihin kohdistuvien odotusten tarkastelun kautta (Jyrkämä 2007b: 209–210). Toimijuuden näkökulma soveltuu arkitilanteiden tarkasteluun iäkkäille suunnatuissa palveluissa sekä iäkkäiden kuntoutujien kokemusperäisen tiedon selvittämisen viitekehykseksi (Jyrkämä 2016: 425). Kotiutumisen edellytykset on jäsennetty kuviossa 1 suhteessa toimijuuden modaliteetteihin.



Kuvio 1. Kotiutumisen edellytykset suhteessa toimijuuden modaliteetteihin (Jyrkämä 2016: 423 mukaillen)

Kotiutumisen edellytyksillä tarkoitetaan kuntoutujan kanssa yhdessä asetettuja yksilöllisiä tavoitteita sairaalajaksolle, joiden saavuttamisen jälkeen kotiutuminen on mahdollista (Espoon sairaala n.d.). Kotiutumisen edellytysten tarkastelu toimijuuden modaliteettien viitekehyksen kautta soveltuu iäkkään kuntoutujan kokemuksellisen näkökulman selvittämiseen.

2.3 Iäkkään kuntoutujan kotiutumista tukevien käytäntöjen kehittäminen

Historiallisesti iäkkäät eivät ole päässeet vaikuttamaan juurikaan heille suunnattujen palveluiden kehittämiseen tai sisältöön. Nykyään laadukkaalta palvelulta vaaditaan iäkkäiden omien näkemysten huomioimista sekä avointa keskustelua arvoista, joiden pohjalta palveluita kehitetään. (Paasivaara 2004: 31.)

Kunnallisissa palveluissa pyritään kehittämään palveluita vastaamaan vahvemmin asukkaiden tarpeisiin. Palveluiden kehittämisen ja uudistamisen lähtökohtana tulisi olla asiakas- ja käyttäjälähtöisyys tuottajakeskeisyyden sijaan. (Jäppinen & Sallinen 2012: 8.)

Asiakaslähtöisyyden tulisi olla toiminnan arvoperusta, jolloin asiakas nähdään aktiivisena toimijana sekä tasavertaisena kumppanina ja asiantuntijana ammattilaisen rinnalla. Asiakasymmärryksen avulla toiminnan organisoinnissa voidaan ottaa huomioon asiakkaiden tarpeet organisaation tarpeiden ohella. (Virtanen & Suoheimo & Lamminmäki & Ahonen & Suokas 2011: 19.) Organisaation näkökulmasta asiakasymmärrys sisältää tietoa asiakkaiden arvoista, tarpeista, toiminnasta, kokemuksista ja asiakkaan prosessista (Jäppinen & Sallinen 2012: 10).

Iäkkäiden toimijuuden ja osallisuuden kokemuksen tukemiseksi tarvitaan monialaiseen arviointiin perustuvia yksilölliset tekijät huomioivia palveluita. Nämä mahdollistuvat yhdessä tekemisen kautta, jolloin iäkkäät pääsevät oman motivaationsa ja omien voimavarojensa puitteissa vaikuttamaan kehittämiseen ja heitä koskeviin päätöksiin. Iäkkäiden näkemysten esiin tuomiseksi ja osallisuuden mahdollistajaksi tarvitaan perinteisten kyselyjen ja kuulemistilaisuuksien rinnalle pohdintaa ja keskustelua mahdollistavia työryhmiä. Työryhmässä käsiteltävästä asiasta saadaan tuotettua syvällisempää ja harkitumpaa tietoa, jonka hyödyntämismahdollisuudet ovat laajemmat. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013: 15–18.)

Yhteiskehittely yhdessä asiakkaiden kanssa rikastaa prosessia. Asiakkaiden ja ammattilaisten vuorovaikutuksen seurauksena tarjottavilla palveluilla on lisää käyttöarvoa asukkailla. (Tuulaniemi 2015: 116–117.) Kokemusasiantuntijoiden näkökulmien avulla ammattilaisten itsestään selvinä pitämiä käytäntöjä voidaan kehittää asiakaslähtöisemmiksi (Hietala 2016). Yhteiskehittely tukee asiakasymmärryksen muodostumista, mikä taas ohjaa työn ja palveluiden kehittämistä tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Yhteiskehittelyllä on positiivisia vaikutuksia asiakkaiden sekä työntekijöiden tyytyväisyyteen. (Tuulaniemi 2015: 116–117.)

Toimintakäytännöt ovat ajallisesti ja paikallisesti määrittyneitä toimintoja. Niihin vaikuttavat erilaiset säännöt, normit ja tavat sekä resurssit eli tiedot, taidot ja valta. Toimijat soveltavat näitä sääntöjä ja hyödyntävät olemassa olevia resursseja toimiessaan ja reflektoidessaan toimintaa. Toimintakäytännöt voivat olla vahvasti rutinoituneita tapoja ja prosesseja, joita ei herkästi lähdetä kyseenalaistamaan tai muuttamaan. (Jyrkämä 2003:

96–97.) läkkäille tarkoitetuissa palveluissa, kuten sairaalan arjessa voi olla runsaasti arkea määrittäviä sosiaalisia toimintakäytäntöjä (Jyrkämä 2007b: 210–211).

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyvillä kotiutumista tukevilla käytännöillä tarkoitetaan toimintatapoja, joiden avulla työ on sujuvampaa, hyödyllisempää ja mielekkäämpää. Hyvät käytännöt eivät ole irrallisia toimintaympäristöistä, vaan yksi hyvien käytäntöjen tunnuspiirteistä onkin juuri niiden toimivuus tietyssä ympäristössä. Ammattilaisilla on usein hiljaista tietoa hyvistä käytännöistä toimintaympäristössä. Ne voivat olla niin vakiintuneita tapoja toimia, ettei niitä edes osata ajatella käytännöiksi. Hyvä käytäntö voi olla myös uusi tapa, joka on otettu käyttöön todettujen tarpeiden perusteella. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyvällä kotiutumista tukevalla käytännöllä tarkoitetaan käytäntöä, joka on sekä toimiva ammattilaisten kannalta että tuottaa kuntoutujille hyvää. (Hyvät käytännöt n.d.)

3 Espoo toimintaympäristönä

Espoon kaupungin toimintaa ohjaava yhteinen strategia on nimeltään Espoo-tarina. Espoon arvot ja toimintaperiaatteet ovat Espoo on asukas- ja asiakaslähtöinen, vastuullinen edelläkävijä ja oikeudenmukainen. Asukas- ja asiakaslähtöisyydessä korostetaan arjen sujumisen tärkeyttä, yhteistyötä kumppaneiden kanssa sekä asukkaiden aktiivista osallistumista palveluiden kehittämiseen. Espoossa pyritään toimimaan edelläkävijänä kunnallisten palvelujen ja niiden tuottavuuden sekä vaikuttavuuden parantamisessa. Edelläkävijyys vaatii ennakkoluulottomuutta, luovuutta ja avoimuutta sekä olemassa olevien käytäntöjen kyseenalaistamista ja rohkeutta kokeilla uusia toimintatapoja. Oikeudenmukaisuus on määritelty avoimeksi, tasa-arvoiseksi, yhdenvertaiseksi, inhimilliseksi ja suvaitsevaksi toiminnaksi. (Espoo-tarina 2017: 5, 10.)

Espoon sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteet on kiteytetty yhteiseen timanttiin. Timantissa korostetaan sitä, että palveluilla pyritään espoolaisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden lisääntymiseen. Palveluiden tulisi olla helposti saatavilla, laadukkaita, turvallisia, selkeitä kokonaisuuksia ja vastata asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaat saavat osallistua palveluidensa suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Pyrkimyksenä on tuottaa arvoa asiakkaille valmentavalla otteella eli auttaa heitä löytämään omat voimavaransa ja selviytymään paremmin omassa arjessaan. (Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarina 2016: 8–11.) Palveluissa tapahtuneiden virheiden tunnistamiseksi ja niiden

korjaamiseksi palvelutuotannossa hyödynnetään kokemusasiantuntijoita sekä seurataan asiakastyytyväisyyttä. Asiakaspalautteita käsitellään säännöllisesti yksiköittäin. (Espoo-tarina 2017: 3, 5, 10–11.)

Espoon kaupungin Täyttä elämää ikääntyneenä -suunnitelman avulla pyritään tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä kehittämään palveluita. Iäkkäät pääsevät osallistumaan ja vaikuttamaan heille suunnattujen palveluiden kehittämiseen toimivien toimintatapojen muodostamiseksi. Sosiaali- ja terveyspalveluissa pyritään vahvemmin tukemaan iäkkään osallistumista henkilökohtaiset voimavarat ja valinnat huomioon ottaen. Suunnitelman muut linjaukset ovat hyvinvointia edistävän toiminnan tavoitteellisuus ja saatavuus, kevyempien palveluiden, kuten ohjauksen ja neuvonnan saatavuus ja hyödyntäminen enenevässä määrin, uusi teknologia sekä esteettömyys tukevat arjessa selviytymistä ja osallisuutta sekä kotona asumisen ensisijaisuus. (Lyytikäinen ym. 2016: 5–6, 29.)

Geriatrisen hoidon ja kuntoutuksen osaamiselle on suuri tarve, sillä iäkkäiden osuus sairaaloiden asiakkaista kasvaa väestörakenteen muuttuessa (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 15). Ikääntyneiden sairastuessa akuutisti hoito ja kuntoutus järjestetään viiveettä ja kotiutuminen sairaalasta toteutetaan suunnitellusti ja hallitusti. Kotiutumisen jälkeen pyrkimyksenä on alkuvaiheen tehokkaan hoidon ja kuntoutuksen avulla tukea kuntoutumista ja vähentää siten säännöllisen kotihoidon tarvetta. (Lyytikäinen ym. 2016: 33.)

Espoon sairaalan visiona on olla iäkkäiden hoidon ja kuntoutuksen edelläkävijä Suomessa ja Euroopassa. Missiona on mahdollistaa iäkkäiden espoolaisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kotiutuminen voi tapahtua varhaisemmassa vaiheessa, sillä kotiin on saatavilla runsaammin kuntoutumista tukevia palveluita. Sairaala toimii kotona asumisen tukipalveluna ja tuottaa palveluita osastojen lisäksi avopalveluille sekä kotihoidon tueksi. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 3–5, 22–23.) Kotiutuminen suunnitellaan yhteistyössä sairaalan, kotihoidon sekä seniorineuvonta ja palveluohjaus -yksikön kanssa. Alustava arvio kotiutumisajankohdasta tehdään pian sairaalan tulon jälkeen ja tarkempi kotiutumis suunnitelma muutamaa vuorokautta ennen kotiutumista. (Kotiutuminen Espoon sairaalasta n.d.)

Espoon sairaalan ensimmäisenä strategisena tavoitteena on sairaalan toiminnan ja ydinprosessien muodostuminen potilaiden tarpeiden pohjalta ja toisena potilaiden aktiiviseen kuntoutukseen käytetyn ajan lisääminen sairaalajakson aikana. Muut tavoitteet ovat hoidon ja kuntoutuksen siirtäminen enenevässä määrin kotona tapahtuvaksi, kommunikaatioteknologian hyödyntäminen sekä sairaalan resurssien ja tilojen hyödyntäminen avohoidossa tapahtuvan kuntoutuksen tukena. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 5.) Espoon sairaalan yksi arvoista on olla potilaslähtöinen. Määritelmässä korostetaan kuntoutujien keskiössä olemista, heitä kunnioittavaa kohtaamista sekä kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemista. (Espoon sairaalan arvot n.d.)

Sairaalassa oloaikana kuntoutuja itse sekä jokainen ammattilainen työskentelevät kotiutumisen edellytysten eli yksilöllisten sairaalajaksolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutujan tarpeet ja yhdessä sovitut tavoitteet ohjaavat kaikkea kuntoutusta. (Espoon sairaala n.d.) Toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen tähtäävien toimien tulee liittyä vahvasti iäkkään arkeen (Jyrkämä 2012: 153–154). Tavoitteena on, että sairaalassa oloaikana kuntoutujille kertyisi päivän aikana kuusi tuntia toimintakykyä edistävää aikaa (Kuntoutus Espoon sairaalassa n.d.). Tämä aika koostuu erilaisista toiminnoista riippuen kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista. Aktiivisuus sairaalassa edistää kotona selviytymistä. (Potilaille ja läheisille n.d.)

Kuntouttavan työotteen mukaisesti toimittaessa jokaisen asiakkaan yksilöllisyys huomioidaan ja tuetaan asiakasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti oman toimintakykynsä ja voimavarojensa mukaisesti henkilökohtaiset toiveet huomioiden. Kuntouttava työote tulisi olla periaatteena ja käytössä kaikessa hyvässä hoidossa. Sitä on korostettu erityisesti iäkkäiden kanssa. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 23.) Uuden sairaalan tilat on suunniteltu mahdollistamaan asiakkaan aktiivisen ohjatun ja omatoimisen harjoittelun, omaisten osallistumisen sekä arkielämän aktiviteettien ylläpitämisen. Yhden hengen huoneissa onnistuu lepo ja yksityisyys ja yhteisissä tiloissa yhdessäolo. Esteetön ja kuntouttava ympäristö viestivät myös asiakkaiden arvostamisesta. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 6–7).

Sairaalan kotiutumisprosessin kehittämisen lisäksi Espoossa on pyritty vastaamaan vanhushpalvelulakiin pohjautuvan kotona asumisen ensisijaisuuteen kotikuntoutusta kehittämällä (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2018: 6). Espoossa kotikuntoutus siirtyi maaliskuussa 2018 kotihoidon alaisuuteen. Kotikuntoutuksen asiakkaita ovat saira-

lasta kotiutuvat espoolaiset, jotka tarvitsevat apuja kotiutumisen jälkeen. Kotikuntoutuksella on kaksi toimintamallia, kotiutuspalvelu ja kuntouttava arviointijakso. (Kotikuntoutus aloittaa toimintansa 5.3 2018.)

Kotiutuspalvelu tarjoaa lyhytaikaista tukea 1–5 vuorokaudeksi kotiutumisvaiheeseen esimerkiksi nopeita kotiutumisia mahdollistamaan tai korvamaan säännöllisen kotihoidon käyntejä ennen niiden käynnistymistä (Tervetuloa kotiutuspalveluun! n.d.). Noin neljän viikon mittainen kuntouttava arviointijakso käynnistetään kuntoutujan tarvitessa kattavampaa toimintakyvyn tukemista kotiutumisen jälkeen. Kuntouttavan arviointijakson käyntien määrä ja sisältö suunnitellaan yksilöllisesti vastamaan asiakkaan tarpeisiin. Molempiin palveluihin sisältyy tarvittaessa fysio- tai toimintaterapeutin käyntejä. (Tervetuloa kuntouttavalle arviointijaksolle! n.d.) Sairaalaan oltiin yhteydessä päivittäin palvelemaan kotiutuskonsultaatioon, joka järjestää tarkoituksenmukaisen kotikuntoutuksen käynnistämisen. Kotikuntoutus voidaan käynnistää myös kotona asuville kotihoidon uusille asiakkaille Seniorineuvonta ja palveluohjaus Nestorin kautta (Kotikuntoutus aloittaa toimintansa 5.3 2018.)

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutui työskentelemälläni osastolla 4 (infektio-osasto), joka kuuluu sairaalan Akuutti -tuotantoyksikköön. Osastolla on 60 hoitopaikkaa, joista osa on geneerisiä paikkoja. Osastolla työskentelee osastonhoitaja, palveluvastaava, lähi- ja perushoitajat, sairaanhoitajat, fysioterapeutteja, toimintaterapeutti ja lääkäreitä. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 29–30.) Kehittämistyöhön osallistui osaston 4 iäkkäitä espoolaisia kuntoutujia sekä osastolla työskenteleviä ammattilaisia hoito- ja kuntoutushenkilöstöstä.

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä Espoon sairaalassa. Tavoitteena oli iäkkäiden kuntoutujien kotiutuminen.

Kehittämistehtävät:

1. Kuvata, mitä kotiutumisen edellytykset ovat iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta

2. Kuvata kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat ja tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt
 - a. iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta
 - b. iäkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotos on kuvaus iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä.

5 Menetelmälliset ratkaisut

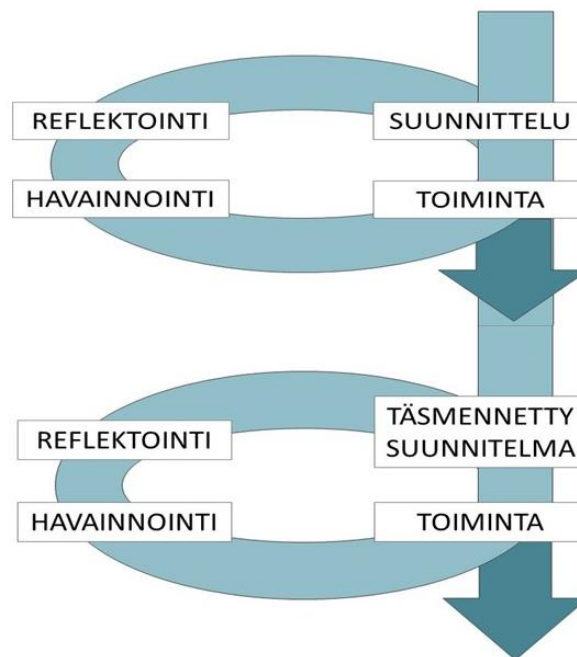
5.1 Toimintatutkimus tutkimuksellisenä lähestymistapana

Tässä kehittämistyössä tutkimuksellisenä lähestymistapana on toimintatutkimus. Toimintatutkimuksessa pyritään toiminnan kehittämiseen tutkimuksellisella otteella. Tavoitteena on tuottaa käytännöllistä tietoa ja saavuttaa muutoksia todellisuudessa. (Toikko & Rantanen 2009: 29–30.) Toimintatutkimuksessa yhteistoiminnalla on mahdollista saada ihmisillä olevaa hiljaista tietoa yhteiseen käsittelyyn ja päästä uudenlaisen toiminnan ymmärtämisen avulla kehittämään toimintaa (Heikkinen 2010: 214–215, 219–221). Tuotetun tiedon hyödynnettävyyttä ja käytettävyyttä lisää sen kerääminen aidoista toimintaympäristöistä. Kehittämistyön kautta haluttiin saada esiin ja hyödyntää Espoon sairaalan osaston 4 toimijoilla olevaa hiljaista käytännönläheistä tietoa. (Toikko & Rantanen 2009: 40–43.)

Kuntoutujien rooli oli tärkeä, sillä heillä on asiantuntemusta sellaisista asioista, joita ammattilaiselta puuttuu. Kuntoutujia osallistui kaikkiin aineiston keruisiin. Viimeisessä aineiston keruussa kuntoutujien lisäksi osallistumaan kutsuttiin ammattilaisia. Tässä kehittämistyöryhmässä pyrittiin jakamaan asiantuntijuutta ammattilaisten ja kuntoutujien välillä ja tuotettiin tietoa kotiutumista tukevista hyvistä olemassa olevista käytännöistä sekä tulevaisuudessa tarvittavista uusista käytännöistä. (Toikko & Rantanen 2009: 53.) Kotiutumisen nykyisiä käytäntöjä voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, tukevatko ne iäkkäiden kuntoutujien tunnistamien kotiutumisen edellytyksien saavuttamista. Tavoitteena on reflektoida erilaisesta näkökulmasta osin hyvin rutinoitunuttakin työtä. (Heikkinen 2010: 219.)

lääkkäiden kuntoutujien läsnäolon toivotaan tukevan erilaisen näkökulman löytämistä. Työn kehittäminen vaatii usein toimintaympäristön toimijoiden yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen kehittämistä (Heikkinen 2010: 16–18). Tämän vuoksi myös ammattilaiset osallistuvat. Yhdessä kehittämisen tulisi hyödyttää kaikkia osapuolia (Harra & Sipari & Mäkinen 2017: 147). Tällaisen yhdessä kehittämisen hyötyinä nähdään osallistujien vahvempi sitoutuminen kehittämiseen (Tuulaniemi 2015: 116–117).

Toimintatutkimuksen prosessi on reflektiivinen kehä, jossa suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja reflektointivaiheet toistuvat. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä toteutuu toimintatutkimuksen suunnitteluvaihe, jossa tuotetaan kuvaus iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumista tukevista ydintekijöistä, joita voidaan tämän tutkimuksellisen kehittämisen jälkeen hyödyntää käytäntöön. Jokainen kehittämistehtävä oli oma tutkittava aiheensa. Toimintatutkimuksessa teoria ja käytäntö eli toisin sanoen ajattelu ja toiminta kulkevat sisäkkäin. (Heikkinen 2010: 219–222.) Kuviossa 2 on esitetty esimerkki toimintatutkimuksen reflektiivisestä kehästä tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen reflektiivinen kehä tutkimuksellisessa kehittämistyössä (Heikkistä 2010: 220 mukaillen)

Suunnitteluvaiheen sisällä oli tunnistettavissa kaikkia näitä reflektiivisen kehän vaiheita useampaan kertaan. Nämä vaiheet lomittuivat tiivistä toisiinsa, eivätkä ne olleet aina niin selkeästi erotettavissa toisistaan tai ne eivät edenneet ainoastaan edellä kuvatussa järjestyksessä. (Heikkinen 2010: 219–222.) Selkeimmin toimintatutkimuksen kehän vaiheet

olivat tunnistettavissa aineiston keruun tai kehittämistehtävän sisällä. Jokainen aineiston keruu sisälsi suunnittelua, toteutuksen ja sen havainnointia samanaikaisesti sekä kokonaisuuden reflektointia. Reflektio taas vaikutti seuraavan aineiston keruun suunnitteluun. Toimintatutkimukselle tyypillisesti tutkimussuunnitelmaa tarkennettiin ja täsmennettiin kehittämisprosessin edetessä (Toikko & Rantanen 2009: 30). Aineiston keräämisen vaiheittainen prosessi on esitetty taulukossa 2.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli piirteitä sekä praktisesta että emansipatorisesta tiedon intressistä. Habermasin intressiteorian mukaan praktisen tiedon intressin tavoitteena on tulkita ilmiöitä ja välittää niistä tietoa. Kotiutumisen edellytyksiä ja kotiutumista tukevia hyviä olemassa olevia käytäntöjä kuvattiin iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta ilmiön paremmaksi ymmärtämiseksi. Kotiutumisen edellytyksiä iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta hyödynnettiin hyvien olemassa olevien käytäntöjen tunnistamisessa. Emansipatorisessa tiedon intressissä pyritään muutoksiin. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä emansipatorisen tiedon intressin piirteitä oli tulevaisuudessa tarvittavien uusien käytäntöjen ideoimisessa edelleen aiempia aineistoja virikkeenä hyödyntäen. Tuotettuja tulevaisuudessa tarvittavia käytäntöjä voidaan hyödyntää jatkossa toiminnan kehittämisessä. (Toikko & Rantanen 2009: 44–46.)

Kehittämistyöryhmien aikana en ollut passiivinen ulkopuolinen asiantuntija (Heikkinen & Kontinen & Häkkinen 2010: 47). Roolinani oli rohkaista osallistujia refleктоimaan omaa toimintaansa sekä osallistumaan. Viimeisessä kehittämistehtävässä toimin vahvemmin muutoksen tukijana sekä koordinoin yhteiskehittelyä. (Heikkinen 2010: 226.)

5.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyön suunnitelmavaihe toteutui alkuvuodesta 2018. Tutkimuslupa myönnettiin 27.3.2018 Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunnan Kehittämisen tulosalue Ketterältä. Kehittämistyön työelämäyhteistyökumppanina toimi kuntoutuspäällikkö Anna Troberg. Käytännön järjestelyistä sovittiin osaston 4 osastonhoitaja Eija Salomaan kanssa. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Aika	Toteutus ja osallistujat	Paikka
Syksy 2017	Kehittämistyön ideointia, tarve- ja aiheanalyysit.	Metropolia
Tammi-maaliskuu 2018	Tutkimussuunnitelman työstäminen ja tutkimusluvan hakeminen.	Metropolia
Maalis-toukokuu 2018	Teoreettisen viitekehyksen täydentäminen. Aineiston keruiden suunnittelu.	
Kesä-heinäkuu 2018	Ryhmäkeskustelut ja tulevaisuusverstaas iäkkäille kuntoutujille. Aineistojen alustava analysoiminen.	Espoon sairaala
Elo-syyskuu 2018	Aineistojen analysoiminen ja raportin kirjoittaminen.	
Syyskuu 2018	Yhteiskehittely iäkkäille kuntoutujille ja ammattilaisille.	Espoon sairaala
Lokakuu 2018	Aineiston analysointi ja raportin kirjoittaminen.	
Marraskuu 2018	Raportin viimeistely. Kehittämistyön esittely ja palautus.	Metropolia
Joulukuu 2018	Kehittämistyön julkaisu	Vienti Theseukseen ja Espoon Intraan

Aineiston keruut toteutuivat pääasiassa kesä-heinäkuussa, lukuun ottamatta viimeistä kuntoutujien ja ammattilaisten yhteistä kehittämistyöryhmää, joka toteutui ammattilaisten kesälomakauden päätyttyä syyskuussa 2018. Aineistojen keruiden välissä analysoin edellisen aineiston alustavasti. Lopulliset aineistojen analyysit valmistuivat lokakuussa 2018. Esittelin tutkimuksellisen kehittämistyön Metropolia Ammattikorkeakoulussa kuntoutuksen symposiumissa marraskuussa 2018. Tein työstäni posterin Espoon sairaalassa marraskuun lopussa alkaneeseen opinnäytetöiden posterinäyttelyyn. Raportti valmistui marraskuun 2018 lopussa, ja se julkaistiin Theseus-tietokannassa joulukuussa 2018. Lisäksi toimitin valmiin raportin Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupakäytäntöiden mukaisesti luvan myöntäneelle taholle kaupungin sisäisiin työtiloihin lisäämiseksi (Ohjeita tutkimusluvan hakijalle n.d.).

5.3 Osallistujien valinta ja kuvaus

Tässä kehittämistyössä kyseisten kehittämistehtävien kannalta olennaiset aineiston keruuihin osallistujat olivat iäkkäät kuntoutujat ja ammattilaiset. Kuntoutujien osalta kohdejoukkona olivat osaston 4 kuntoutujat, joilla oli tavoitteena kotiutua sairaalasta omaan kotiinsa tai siihen rinnastettavissa olevaan asumismuotoon. Kehittämistyöryhmiin otettiin vain espoolaisia, sillä Kauniaisten ja Kirkkonummen käytännöissä on eroja Espoon käy-

täntöihin. Iäkkään kuntoutujan täytyi ymmärtää, mihin osallistuu ja haluta ja pystyä osallistumaan ryhmämuotoisiin kehittämistilanteisiin. Kriteerit täyttävistä kuntoutujista keskusteltiin moniammatillisesti.

Aineiston keruut toteutettiin joustavasti ja nopealla aikataululla riittävän määrän soveltuvia kuntoutujia ollessa samaan aikaan osastolla. Annoin tutkimushenkilötiedotteet (liite 1, 2 tai 3) ja esitin kutsun osallistumiselle kaikille kuntoutujille henkilökohtaisesti riittävän kattavien tietojen saamiseksi osallistumispäätöksen tekemiseksi. Kuntoutujat kutsuttiin mukaan viimeistään kehittämistyöryhmää edeltävänä päivänä. Osaston pääasiassa lyhyiden hoitajaksojen vuoksi osallistumisen harkinta-aika ei voinut olla pidempi. Kaikki iäkkäät kuntoutujat ilmoittivat osallistumisestaan minulle henkilökohtaisesti. Suurin osa kuntoutujista ilmoitti halukkuudestaan osallistua heti kutsun esittämisen yhteydessä. Osallistumista harkitsevien kanssa asiaan palattiin sovitus seuraavana päivänä. Tutkimushenkilötiedote annettiin yhteensä 13 kuntoutujalle, joista kehittämistyöryhmiin osallistui yhteensä kahdeksan. Lyhyistä hoitajaksoista johtuen kuntoutujat vaihtuivat jokaiseen aineiston keruuseen.

Kehittämistyöryhmään osallistuvat ammattilaiset valikoituvat oman kiinnostuksensa perusteella. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja tapahtui työajalla. Tarkoituksena oli koota moniammatillinen ryhmä. Kaikille osaston hoito- ja terapiahenkilöstöön kuuluville ammattilaisille tiedotettiin kehittämistyöryhmästä sähköpostitse opintovapaalla ollessani. Esimies välitti sähköpostini ammattilaisille, jotta kutsu menisi kaikille kyseisellä hetkellä osastolla työskenteleville. Sähköpostissa avoimen kutsun liitteenä oli ammattilaisille suunnattu tutkimushenkilötiedote (liite 4). Ilmoittautumisaikana osaston molemmat esimiehet jakoivat tietoa mahdollisuudesta osallistua. Ilmoittautumisaikaa annettiin alun perin lähes kolme viikkoa. Tätä kuitenkin jatkettiin muutaman kerran yhteensä noin viikolla riittävän osallistujamäärän saavuttamiseksi. Viimeinen ilmoittautumispäivä oli lopulta kolme päivää ennen kehittämistyöryhmää. Tällöin olin osastolla paikalla valmistelussa yhteiskehittelyä. Ammattilaisia ilmoittautui mukaan kuusi.

Suostumus (liite 5) osallistumiseen kerättiin kaikilta kehittämistyöryhmiin mukaan ilmoittautuneilta osallistujilta jokaisen tapaamisen aluksi.

5.4 Aineiston kerääminen

Aineistonkeruu toteutui tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä laadullisin menetelmin. Laadulliset menetelmät soveltuvat tähän työhön, sillä niiden avulla pyritään kuvaamaan tai ymmärtämään jotain tiettyä ilmiötä. (Eskola & Suoranta 1998: 18, 61–62.) Kehittämistoiminnassa pyrkimyksenä on usein, että kaikki keitä kehittäminen koskee osallistuvat siihen (Toikko & Rantanen 2009: 58). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä kehittämiseen osallistuivat Espoon sairaalan osaston 4 iäkkäät kuntoutujat sekä ammatillaiset.

Toimintatutkimus on luonteeltaan osallistavaa, joten myös valittujen menetelmien tulee olla osallistavia (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2014: 61). Aineiston keruita toteutui yhteensä neljä. Ensimmäiseen kehittämistehtävään menetelmäksi valittiin ryhmäkeskustelu ja toisen kehittämistehtävän aineiston keruissa sovellettiin tulevaisuusverstas ja Learning café -menetelmiä. Tuotoksena on minun kokoama yhteenveto kotiutumisen edellytyksistä ja kotiutumista tukevista käytännöistä. Aineiston keräämisen vaiheittainen prosessi on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Aineiston kerääminen

Kehittämisprosessi	Aineiston keruu ja analysointi	Tulos
Kehittämistehtävä 1. Kuvata, mitä kotiutuminen edellyttää iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta	Ryhmäkeskustelut → Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Tietoa kotiutumisen edellytyksistä
Kehittämistehtävä 2a. Kuvata kotiutumista tukevat olemassa olevat käytännöt ja tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta	Yhteiskehittely tulevaisuusverstas-menetelmää soveltaen → Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Tietoa kotiutumista tukevista olemassa olevista sekä tulevaisuudessa tarvittavista käytännöistä
Kehittämistehtävä 2b. Kuvata kotiutumista tukevat olemassa olevat käytännöt ja tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt iäkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten näkökulmasta	Yhteiskehittely Learning café ja tulevaisuusverstas -menetelmiä soveltaen → Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Tietoa kotiutumista tukevista olemassa olevista sekä tulevaisuudessa tarvittavista käytännöistä
Kehittämistehtävien 1 ja 2 reflektion pohjalta laadittu kuvaus iäkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä		

Ensimmäisen kehittämistehtävän aineiston keräsin kuntoutujilta ryhmäkeskusteluilla (*focus group*). Valitsin ryhmäkeskustelun menetelmäksi, koska sen avulla voidaan kerätä tietoa ihmisten tarpeista, mielipiteistä, subjektiivista kokemuksista sekä myös tuottaa ideoita palveluiden ja toimintamallien kehittämistä varten. Menetelmän avulla annetaan kuntoutujille ääni ja luodaan keskustelua osallistujien välille. (Toikko & Rantanen 2009: 145–146.) Keskustelun aikaansaamiseksi osallistujilla täytyy olla riittävässä määrin samankaltaisia kokemuksia tai muuta yhdistävää yhteisen tehtävän ja intressin saavuttamiseksi. Tässä kehittämistyössä yhdistävänä tekijänä oli sairaalassa olo. Roolinani ryhmäkeskustelun vetäjänä oli rohkaista ja kannustaa osallistujia keskustelemaan toistensa kanssa esille nostamistani teemoista. En itse osallistunut asiasisällön tuottamiseen, mutta kuuntelin aktiivisesti ja kannustavasti sekä kysyin tarkentavia ja täydentäviä kysymyksiä. (Valtonen 2005: 223–224, 229–230.)

Ryhmäkeskustelun osallistujamääräksi suositellaan kirjallisuudessa 6–10 ihmistä. Tällöin yksittäisten henkilöiden näkemykset eivät ylikorostu ja kuitenkin kaikkien osallistumiselle on tilaa. Iäkkäiden kuntoutujien ollessa kyseessä tässä kehittämistyössä ideaali ryhmäkoko on yleistä suositusta pienempi.

Ensimmäiseen kehittämistehtävään riittävän aineiston saamiseksi suunnitelmana oli järjestää joko yksi ryhmäkeskustelu noin kuudelle kuntoutujalle tai kaksi erillistä ryhmäkeskustelua noin kolmelle osallistujalle kumpikin. Kriteerit täyttäviä kuntoutujia oli kevään ja kesän 2018 aikana osastolla yhtäaikaaisesti vähän, joten päädyin järjestämään kaksi samansisältöistä ryhmäkeskustelua. Molempiin ryhmäkeskusteluihin osallistui lopulta kaksi kuntoutujaa.

Ryhmäkeskustelut toteutuivat osaston kokoushuoneessa. Kokoushuoneen pöydän ääressä keskustelu oli luontevaa, kun osallistujat oli sijoitettu vastakkain. Kahvipöytämäisen keskustelun ja rennon ilmapiirin luomiseksi tilaisuus aloitettiin päiväkahveilla. Tämä tuki hyvin tutustumista ja keskustelua syntyi ryhmäkeskustelulle tyypillisesti runsaasti osallistujien välille. Aiheessa pysymisen tueksi olin heijastanut valkokankaalle kehittämistehtävän eli ryhmäkeskustelun aiheen kysymysmuodossa. Teemat toin keskusteluun sanallisesti. Ryhmäkeskustelun teemat muodostettiin Jyrkämän toimijuuden modaaliteetteja sekä iäkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumiseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa yhdistämällä (liite 6). Teemat käytiin läpi joustavassa järjestyksessä.

Molemmille ryhmäkeskusteluille oli varattu aikaa kaksi tuntia. Ryhmäkeskusteluiden ryhmäkoon pienuudesta johtuen ne kestivät maksimiaikaa lyhyemmän ajan. Ensimmäinen nauhoitettu ryhmäkeskustelu kesti tunnin ja 32 minuuttia ja toinen tunnin ja kahdeksan minuuttia. Ryhmäkeskustelujen alustavan analyysin jälkeisiä tuloksia hyödynnettiin virikemateriaaleina kehittämistyön seuraavissa vaiheissa eli yhteiskehittelyissä.

Toisen kehittämistehtävän ensimmäisessä kuntoutujille suunnatussa aineiston keruussa sovellettiin yhteiskehittelymenetelmänä tulevaisuusverstaasta. Yhteiskehittely soveltuu menetelmäksi asiakaskokemuksen selvittämiseen (Jäppinen & Sallinen 2012: 9). Tulevaisuusverstaassa pyritään usein ensin vallitsevan todellisuuden arviointiin ja tunnistamaan ongelmia. Tässä kehittämistyössä todellisuuden kuvaus liittyy hyvin olemassa oleviin käytäntöihin ja ongelman tunnistaminen kotiutumista tukevien käytäntöjen puutteisiin. Kuntoutujien oli tarkoitus tuottaa kehittämis ehdotuksia eli ideoida uusia tarvittavia käytäntöjä. Omana roolinani oli ohjata yhteiskehittelytilaisuuden etenemistä ja varmistaa aiheessa pysyminen. (Ojasalo ym. 2014: 153.)

Tulevaisuusverstaan sopivaksi osallistujien määräksi oli suunniteltu 4–8 kuntoutujaa. Tällöin kaikilla on mahdollisuus osallistua ja näkökulmat ovat riittävän monipuolisia. (Rubin n.d.) Tulevaisuusverstaaseen oli tulossa osallistujia yhteensä neljä. Näistä neljästä sovitusta osallistujasta aineiston keruuseen pystyi lopulta osallistumaan vain yksi. Päädyin kuitenkin pitämään tulevaisuusverstaan alkuperäistä suunnitelmaa soveltaen tälle kuntoutujalle, koska hänelle peruuntuminen olisi ollut pettymys.

Tilanne aloitettiin aloituspuheenvuorollani aiheeseen virittäytymiseksi. Työskentelyssä hyödynnettiin edellisessä aineiston keruussa tuotettuja kotiutumisen edellytyksiä teemoittain. Teemoja käytiin sanallisesti läpi. Ensin keskityttiin hyviin olemassa oleviin kotiutumista tukeviin käytäntöihin ja sitten tulevaisuudessa tarvittaviin käytäntöihin. Keskustelussa nämä tosin hieman vuorottelivat. Toimin kirjurina kuntoutujalle keskustelun ohessa. Pyrin kirjoittamaan lapuille kuntoutujan ilmauksia mahdollisimman alkuperäisessä muodossa ja varmistamaan kuntoutujalta, että olin ymmärtänyt hänen kertomansa oikein. Kirjoittamani posti-it-laput laitoin edessämme olevalle pöydälle kuntoutujan eteen. Hyville olemassa oleville ja tulevaisuudessa tarvittaville käytännöille oli erilliset paperit alustoina, jotteivät ne sekoittuisi keskenään. Ideoiden tuotannon rauhoituttua luin kaikki kirjoitetut laput vielä ääneen. Tällöin kuntoutuja sai vielä täydentää ja tarkentaa ajatuksiinsa kotiutumista tukevista käytännöistä. (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi n.d.: 5–6, 10.)

Tulevaisuusverstaalle oli varattu kaksi tuntia aikaa. Ainoastaan yhden osallistujan vuoksi nauhoitettua keskustelua kertyi tunti ja 16 minuuttia. Litteroin nauhoitetun keskustelun ja valokuvasin kirjallisen tuotoksen. Yhdistin litteroidun ja valokuvatun aineiston analysointia varten. Kehittämistehtävän alustavasti analysoitua aineistoa hyödynnettiin kuntoutujien ja ammattilaisten yhteiskehittelyn alussa virikemateriaalina.

Toisen kehittämistehtävän aineiston keruuta jatkettiin kuntoutujien ja ammattilaisten yhteisessä yhteiskehittelyssä. Riittävän kattavan aineiston keräämiseksi yhteiskehittelyssä täydennettiin hyvien olemassa olevia ja tulevaisuudessa tarvittavia käytäntöjä. Yhteiskehittelyssä sovellettiin Learning café ja tulevaisuusverstaas -menetelmiä. Nämä menetelmät sopivat sovellettaviksi menetelmiksi, sillä ne tukevat kaikkien osallistujien aktiivisuutta (Ojasalo ym. 2014: 153; Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi n.d.: 10; Laaksonen & Koskinen & Salminen 2011: 39–40). Yhteiskehittelyssä pyrittiin yksilöillä olevan tiedon jakamiseen ryhmässä, yhteisen ymmärryksen ja uuden osaamisen muodostamiseen. Osallistajat pääsivät hyödyntämään omaa asiantuntijuuttaan aiheen ollessa selkeästi rajattu ja riittävän konkreettinen. Osallistajat valittiin siten, että heillä on kokemusta tutkittavasta aiheesta ja he ovat kykeneviä dialogiseen keskusteluun muiden osallistujien kanssa. (Laaksonen ym. 2011: 38–39, 45–47.)

Osallistujamäärän suunnittelussa huomioin, ettei määrä olisi liian suuri, jotta kaikilla on mahdollisuus osallistua. Toisaalta näkökulmien riittävän monipuolisuuden toteutumisen kannalta osallistujamäärän ei tulisi olla liian pienikään. Tarkoituksena oli, että osallistajat saavat äänensä kuuluville ja pääsevät ideoimaan itseään koskevia käytäntöjä. (Rubin n.d.; Horelli & Kaaja n.d.) Menetelmä mahdollistaisi myös kuntoutujien osallistumisen tasavertaisina ideointiin, jota usein toteutetaan vain ammattilaisten kesken (Ojasalo ym. 2014: 153). Tässä kehittämistyössä sopivaksi osallistujien määräksi oli arvioitu 6–10 henkilöä. Tähän ryhmäkokoon päädyttiin osin iäkkäistä osallistujista ja osin tilasta johtuvista syistä. Osallistujia oli yhteensä yhdeksän, joista kuntoutujia oli kolme ja työntekijöitä kuusi. Työntekijöistä kolme oli kuului hoitohenkilöstöön ja kolme terapiahenkilöstöön. Yksi kuntoutuja ja yksi terapiahenkilöstön edustaja tulivat hiukan myöhemmin paikalle kuntoutujan tavatessa erikoislääkärinä osastolla.

Osallistajat jaettiin tilaisuuden aluksi kahteen eri pöytään etukäteen suunnitellun istumajärjestyksen mukaisesti, siten että molemmissa ryhmissä oli mahdollisimman kattavasti edustettuna eri toimijat. Pöydissä oli tarjolla juotavaa sekä pientä purtavaa kahvilanomaisen tunnelman luomiseksi (Laaksonen ym. 2011: 40). Työskentely oli suunniteltu siten,

että osallistujat eivät joudu liikkumaan tilassa yhteiskehittelyn aikana. Tähän päädyttiin ottaen huomioon tilasta johtuvat rajoitukset sekä iäkkäiden kuntoutujien todennäköiset liikkumisen ja siirtymisten haasteet.

Tilanne aloitettiin lyhyellä kehittämistyöni, aikataulun ja työskentelytavan esittelyllä (Horrelli & Kaaja n.d.). Tämän jälkeen esittelin aiheeseen virittäytymiseksi edellisissä aineiston keruissa tuotettuja kotiutumisen edellytyksiä ja kotiutumista tukevia käytäntöjä tiivistetyksi teemoittain (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi n.d.: 5, 10). Teemojen avulla virittäydyttiin kuntoutujien todellisiin tarpeisiin, jotta ne ohjaisivat niihin vastaavien hyvien olemassa olevien käytäntöjen tunnistamista sekä uusien käytäntöjen ideoimista (Ojasalo ym. 2014: 153). Nämä jätettiin hyvien käytäntöjen vaiheessa heijastettuina valkotalulle virikkeeksi keskustelulle. Yhteiskehittelyssä haluttiin ohjata keskittyminen toimiviin käytäntöihin sekä tulevaisuuden käytäntöjen ideoimiseen ongelmien sijasta (Laaksonen ym. 2011: 40, 42, 46).

Yhteiskehittelyn aluksi jokainen sai miettiä hetken itsekseen ja kirjata samalla halutesaan muistiinpanoja paperille tai suoraan post-it lapuille. Tämän jälkeen aloitettiin pienryhmätyöskentely. Aiheena oli aluksi hyvät olemassa olevat käytännöt. Pienryhmätyöskentelyn jälkeen oman ryhmän tuotokset esiteltiin toiselle ryhmälle. Esittelyn jälkeen ryhmän tuotos jätettiin heille lähelle, jotta sitä pystyi halutessaan hyödyntämään tukena työskentelyä jatkettaessa. Hyvistä olemassa olevista käytännöistä siirryttiin tulevaisuudessa tarvittaviin uusiin käytäntöihin. Työskentely toteutui samaan tapaan kuin edellisessä vaiheessa. (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi n.d.: 5–6, 10.) Tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt esiteltiin myös koko ryhmälle. Pienryhmien esittelyn jälkeen kaikilla oli mahdollisuus kommentoida, täydentää tai tarkentaa esiteltyjä käytäntöjä. (Laaksonen ym. 2011: 40–42.) Osallistujat tuottivat sisällön. Omana roolinani oli ohjata yhteiskehittelytilaisuuden etenemistä. (Ojasalo ym. 2014: 153.)

Nauhoitin yhteiset keskustelut hyvien olemassa olevien käytäntöjen sekä tulevaisuudessa tarvittavien käytäntöjen osalta. Litteroin nauhoitetun aineiston, ja valokuvasin kaikki pienryhmien kirjalliset tuotokset ja kirjoitin ne puhtaaksi. Yhdistin litteroidun ja puhtaaksi kirjoitetun aineiston analysointia varten.

5.5 Aineiston analysointi

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettiin laadullista aineistoa kahteen eri kehittämistehtävään vastaamiseksi yhteensä neljässä aineiston keruu tilaisuudessa. Ensimmäisen kehittämistehtävän aineistot olivat nauhoitetussa ja toisen kehittämistehtävän aineistot nauhoitetussa sekä kirjallisessa muodossa. Nauhoitetut aineistot litteroin kokonaisuudessaan tekstimuotoon analysoinnin mahdollistamiseksi (Vilkkä 2015: 137–138). Ensimmäisestä ryhmäkeskustelusta litteroitua aineistoa kertyi 18 sivua ja toisesta ryhmäkeskustelusta 14 sivua (Arial 11, riviväli 1).

Molempien yhteiskehittelyjen osalta litteroin nauhoitetun aineiston ja kirjoitin valokuvatut käsinkirjoitetut materiaalit puhtaaksi. Tulevaisuusverstaasta aineistoa kertyi yhteensä 12 sivua (Arial 11, riviväli 1), josta litteroidun aineiston osuus oli 11 sivua ja kirjallisen puhtaaksi kirjoitetun aineiston osuus yhden sivun. Kuntoutujien ja ammattilaisten yhteisestä yhteiskehittelystä aineistoa kertyi yhteensä 6 sivua (Arial 11, riviväli 1), josta litteroidun aineiston osuus oli 4 sivua ja kirjallisen puhtaaksi kirjoitetun aineiston osuus 2 sivua. Yhdistin tulevaisuusverstaan ja yhteiskehittelyn aineistot ja analysoin ne yhdessä. Tähän päädyin, jotta tulevaisuusverstaaseen osallistuneen kuntoutujan anonymiteetin säilyttäminen voitiin varmistaa myös tulosten avoimessa esittämisessä (Toikko & Rantanen 2009: 128–129).

Analysoin kaikki aineistot aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analysointi tapahtuu aineistoon syvällisesti perehtymällä (Toikko & Rantanen 2009: 140–141). Analyysi lähtee tällöin alhaalta ylöspäin, aineistosta teorian rakentamiseen. Aineiston on tarkoitus tukea ilmiön käsitteellisessä ymmärtämisessä. Aineistoa ei ainoastaan referoida, vaan siitä tehdään perusteltuja johtopäätöksiä. Luin kaikki aineistot kokonaisuudessaan läpi ennen kuin ryhdyin poistamaan selkeästi kehittämistehtäviin liittymättömiä osia. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 95, 103, 108–109.)

Analysointia ohjasivat kehittämistehtävät, joiden perusteella ilmiötä pyritään jäsentämään. Analyysikysymyksinä toimivat kehittämistehtävät kysymysmuotoon muutettuina. Aineiston analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Tutustuin aineistoon huolella ennen pelkistettyjen ilmausten etsimisen aloittamista. Luin aineistoja useaan kertaan läpi ja alleviivasin Word-tiedostoista analyysikysymykseen vastaavia ilmauksia ja seuraavassa vaiheessa kopioin näitä alkuperäisiä ilmauksia ja liitin ne analyysitaulukkoon. Pyrin jo

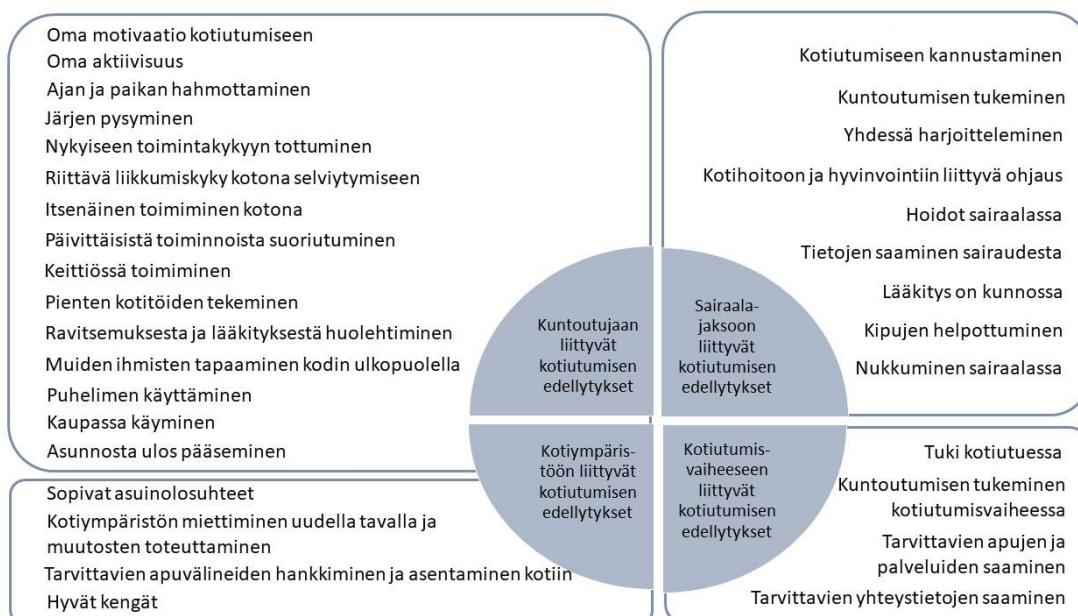
tässä vaiheessa laittamaan selkeästi samaan aiheeseen liittyvät ilmaukset analyysitaulukkoon allekkain. Tämän jälkeen pelkistin ajatuksellisia kokonaisuuksia tarpeen mukaan. Pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin alaluokkiin. Analysoin aineiston alustavasti alaluokkien tasolle ennen sen viemistä seuraaviin kehittämistehtäviin. Muodostin yläluokkatasoja vasta kaikkien aineiston keruiden toteuduttua. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 101–102, 108–113.)

Kehittämistyön aineistot jätettiin pääasiassa yläluokka- ja osittain alaluokkatasolle, sillä tulosten esittämisessä halusin säilyttää osallistujien esiin tuomaa kokemusperäistä tietoa sekä kotiutumisen edellytyksiä ja kotiutumista tukevia käytäntöjä konkreettisella tasolla. Aineiston analyysiä ei pyritty työstämään teoreettisten käsitteiden tasolle. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 110–113.) Tämä näkökulma korostui erityisesti iäkkäiden kuntoutujien ryhmäkeskusteluilla tuotettujen kotiutumisen edellytysten osalta iäkkäiden äänen kuulumiseksi tuloksissa. Näytteenä analyysistä on ryhmäkeskustelujen aineistojen analyysitaulukko (liite 7).

6 Iäkkäiden kuntoutujien kotiutumisen edellytykset ja kotiutumista tukevat käytännöt

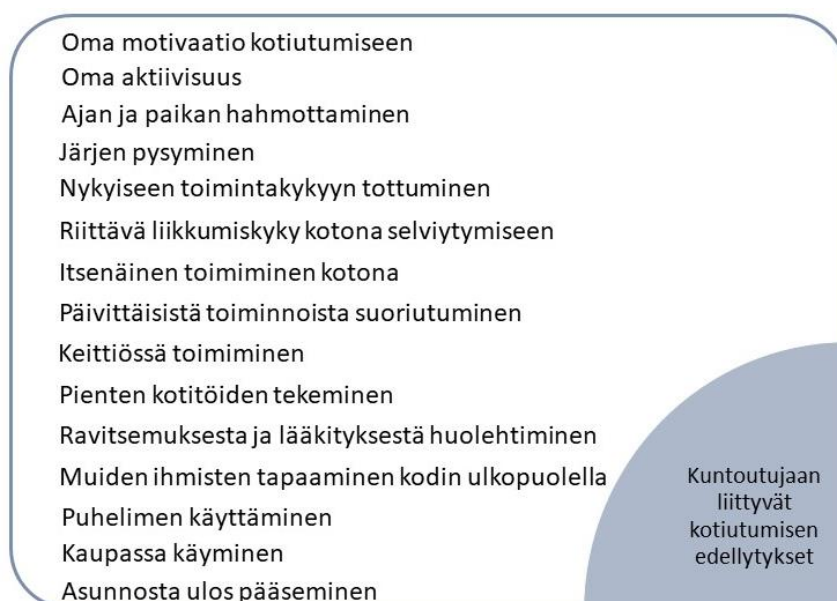
6.1 Kotiutumisen edellytykset

Iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta kotiutumisen edellytykset liittyivät kuntoutujaan, sairaalajaksoon, kotiympäristöön ja kotiutumisvaiheeseen. Kotiutumisen edellytykset iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kotiutumisen edellytykset iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta

Kuntoutujiin liittyvät kotiutumisen edellytykset (kuvio 4) olivat oma motivaatio kotiutumiseen, oma aktiivisuus, ajan ja paikan hahmottaminen, järjen pysyminen, nykyiseen toimintakykyyn tottuminen, riittävä liikkumiskyky kotona selviytymiseen, itsenäinen toimiminen kotona, päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, keittiössä toimiminen, pienten kotitöiden tekeminen, ravitsemuksesta ja lääkityksestä huolehtiminen, muiden ihmisten tapaaminen kodin ulkopuolella, puhelimen käyttäminen, kaupassa käyminen sekä asunnosta ulos pääseminen.



Kuvio 4. Kuntoutujiin liittyvät kotiutumisen edellytykset

Oma motivaatio kotiutumiseen oli kotiutumisen edellytys. Kotiutuminen edellyttää omaa halua olla kotona ja toivetta kotona pärjäämisestä. Oman asenteen merkitystä korostettiin, kuntoutujan täytyy itse pyrkiä sairaalasta pois.

...sinunhan täytyy pyrkiä siihen että sinä pääset sieltä sairaalasta pois.

Oma aktiivisuus kotiutumisen edellytyksenä tarkoitti sitä, ettei laitostu ja jää sänkyyn makaamaan.

Täällä tulee niin kuin automaattisesti se rytmi, että nyt alkaa välipala, nyt alkaa kahvi ja sellaisesta siirtyy seuraavaan vaan ja laitostuu aika äkkiä loppujen lopuksi.

Ajan ja paikan hahmottamisen osalta kotiutumisen edellytyksiä olivat, se että tietää missä oma koti on ja hahmottaa oman kodin. Kotiutuminen edellyttää kellon tuntemista ja vuorokausirytmien hallitsemista, jotta osaa esimerkiksi mennä illalla nukkumaan.

Järjen pysymisellä kotiutumisen edellytyksenä tarkoitettiin nykyisen järjen säilymistä, aivojen toimimista ja asioiden tietämistä.

...että jos ei tätä järkeä enää paljoa ole, mutta että pysyisi tämäkin järki, ettei se mene kokonaan, ettei menisi ihan ulalle...

Nykyiseen toimintakykyyn tottumisen osalta tunnistettiin tarve tottua siihen ettei enää pysty samoihin asioihin kuin aiemmin.

Riittävä liikkumiskyky kotona selviytymiseen tarkoitti pystyssä pysymistä sekä hui mauksen ja kaatumisen uhan vähenemistä. Kuntoutujien näkökulmasta kotiutuminen edellyttää jalkojen kantamista ja kävelemisen onnistumista. Tärkeää oli olla sairaalasta kotiutuessa paremmassa kunnossa kuin sinne tullessa. Paremmasta kunnosta ja voimistumisesta esimerkkejä olivat rajoittuneisuuden väheneminen ja rollaattorista liikkumisen apuvälineenä eroon pääseminen.

Itsenäinen toimiminen kotona koettiin kotiutumisen edellytykseksi. Kotiutumisen jälkeen tulisi pystyä samanlaiseen toimintaan kuin ennen sairastumista ja elämään normaalia elämää kotona. Kotona täytyy tulla toimeen ja pystyä tekemään muutakin kuin makaamaan sängyssä odottamassa kotihoitoa. Sängyssä makaamisen tunnistettiin heikentävän toimintakykyä entisestään.

...minä haluan laitoshoidon jos minä tulen sellaiseksi, että en pysty enää muuta kuin makaamaan siellä sängyssä ja odottamaan koska tulee kotihoito, niin ei sekään ole hyväksi...

Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen itsenäisesti koettiin kotiutumisen edellytykseksi. Sänkyyn menon ja sieltä ylös nousemisen, wc-käyntien ja pesujen sekä pukeutumisen tulisi onnistua itsenäisesti. Päivittäisten toimintojen osaltakin korostettiin kuntoutujan oman asennoitumisen merkitystä. Kuntoutujan tulee pyrkiä jo sairaalassa mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista.

Keittiössä toimimisen kotiutumisen edellytykset olivat ruuan valmistaminen itsenäisesti tai yhdessä omaisen kanssa, välipalojen, kuten leipien ja puuron laittaminen ja kahvin keittäminen. Keittiössä toimimisessa huomioitiin myös kodinkoneiden turvallinen käyttäminen, kuten se ettei liesi jää päälle.

Pienten kotitöiden tekeminen, kuten esimerkiksi pyykkien laittaminen koneeseen koettiin kotiutumisen edellytykseksi. Kotitöiden tekeminen koettiin tärkeäksi, jotta ei olisi vain muiden vaivoina.

Ravitsemuksesta ja lääkityksestä huolehtiminen koettiin kotiutumisen edellytykseksi. Kuntoutujan tulisi kyetä huolehtia juomisestaan ja syömisestään. Lääkityksestä huolehtimisen osalta kotiutuminen edellyttää lääkemäärän kanssa selviämistä ja lääkkeiden ottamisen muistamista.

Muiden ihmisten tapaaminen kodin ulkopuolella on edellytys kotiutumiselle. Kotoa poistuminen ja muiden ihmisten näkeminen esimerkiksi kaupassa, päivätoiminnassa ja harrastuksissa koettiin tärkeäksi. Arjessa yksin kotona vietetyn ajan vastapainoksi tarvitaan päiviä, jolloin saa puhua muiden ihmisten kanssa.

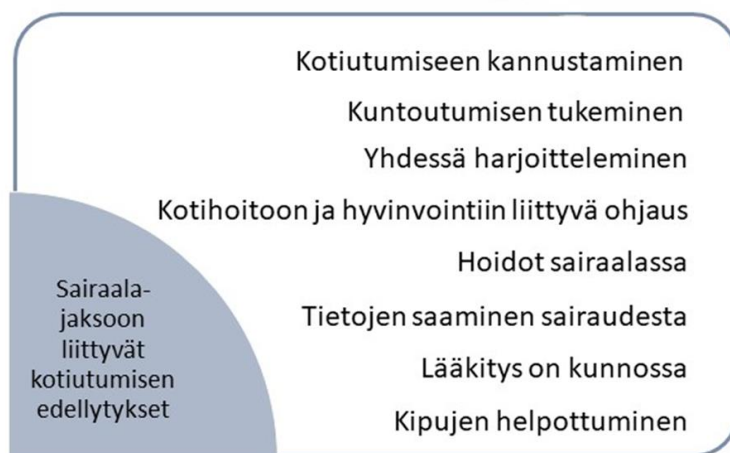
Se on suuri asia ettei tarvitse yksin olla, että on se yksi päivä edes että saa puhua.

Puhelimen käyttämisen osalta kotiutuminen edellytyksenä on sellainen puhelin, jota näkee käyttää ja puhelimesta puhumisen onnistuminen.

Kaupassa käyminen ruokaostoksilla oli kotiutumisen edellytys kuntoutujien näkökulmasta.

Asunnosta ulos pääseminen sisälsi ulko-oven avaamisen ja portaissa kulkemista.

Sairaalajaksoon liittyvät kotiutumisen edellytykset (kuvio 5) olivat kotiutumiseen kannustaminen, kuntoutumisen tukeminen, yhdessä harjoittelemineen, kotihoitoon ja hyvinvointiin liittyvä ohjaus, hoidot sairaalassa, tietojen saaminen sairaudesta, lääkitys on kunnossa, kipujen helpottuminen sekä nukkuminen sairaalassa.



Kuvio 5. Sairaalajaksoon liittyvät kotiutumisen edellytykset

Kotiutumiseen kannustaminen oli yksi kotiutumisen edellytyksistä.

Minä toivoisin, että sairaalassa kannustettaisiin, semmoista että mene kotiin nyt vaan, kyllä sinä pärjää.

Kuntoutumisen tukeminen kotiutumisen edellytyksenä sisälsi sairaalan kaikkien ammattilaisten toimimisen valmentavalla otteella. Positiivisen palautteen saamisen koettiin hyväksi. Kotiutuminen edellyttää sitä, että sairaalassa kannustetaan liikkeelle ja annetaan paljon aikaa yrittää toimia itse, vaikka se olisi hidasta.

Yhdessä harjoittelemineen kotiutumisen edellytyksenä kuvasi ohjattua harjoittelua sairaalassa, kuten esimerkiksi kuntolaitteilla ammattilaisen ohjaamana treenaamista.

Kotihoitoon ja hyvinvointiin liittyvä ohjaus koettiin edellytykseksi kotiutumiselle. Ohjausta ja ohjeita tarvittiin kotona liikkumiseen. Lääkäriltä haluttiin ohjeita sairauden kotihoitoon ja uuden sairastumisen välttämiseen. Lisäksi kotiutuminen edellyttää ravitsemukseen liittyvää ohjausta.

Hoidot sairaalassa sisälsi kipeiden kohtien hoitamista ja ylipäättään hoitojen saamista sairaalassa ennen kotiutumista.

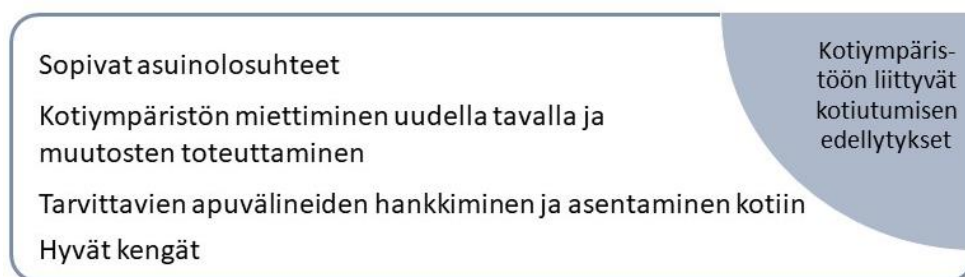
Tietojen saaminen sairaudesta sisälsi tietoa esimerkiksi sairauden etenemisestä ko-keiden avulla. Toivottiin tietoa, jotta osaisi varautua taudin kulkuun. Haluttiin tietää syitä oireille, kuten kaatuilulle ja tasapainon heikentymiselle. Tietojen saaminen edellytti keskustelua lääkärin kanssa ja kaikkien kysymysten kysymistä lääkäriltä.

Lääkitys on kunnossa oli yksi kotiutumisen edellytyksistä. Lisäksi tärkeää oli lääkitykseen tehdyistä muutoksista kertominen kuntoutujalle.

Kipujen helpottuminen oli tärkeää, jotta kävellessä ei koskisi niin paljon eikä tarvitsisi syödä kotiutumisen jälkeen enää niin vahvoja särkylääkkeitä.

Nukkuminen sairaalassa koettiin kotiutumisen edellytykseksi.

Kotiympäristöön liittyvät kotiutumisen edellytykset (kuvio 6) ovat sopivat asuinolosuhteet, kotiympäristön miettiminen uudella tavalla ja muutosten toteuttaminen, tarvittavien apuvälineiden hankkiminen ja asentaminen kotiin sekä hyvät kengät.



Kuvio 6. Kotiympäristöön liittyvät kotiutumisen edellytykset

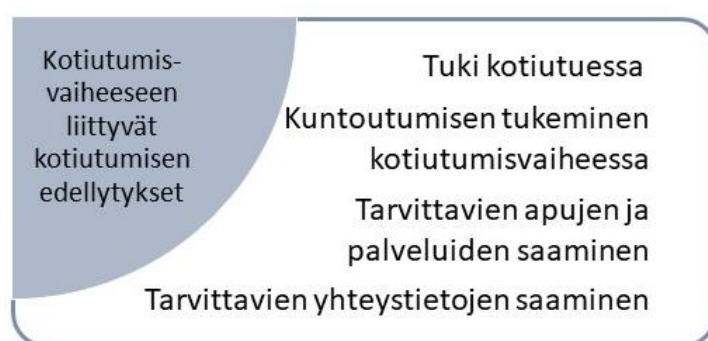
Sopivat asuinolosuhteet piti sisällään kodin, joka on sellaisessa kunnossa, että siellä pystyy olemaan. Kotona täytyy esimerkiksi mahtua liikkumaan.

Kotiympäristön miettiminen uudella tavalla ja muutosten toteuttaminen sisälsi uusien huonekalujen hankintaa, valon lisäämistä, soveltamista ja uudelleen sisustamista, tavaroiden siirtämistä, mattojen poistamista sekä huonekalujen uudelleen sijoittamista, jotta kodissa olisi tilaa liikkua.

Tarvittavien apuvälineiden hankkiminen ja asentaminen kotiin sisälsi suihkutuolin tai jakkaran pesutiloihin, wc-korotukset tai jalalliset wc-tuolit, nousutuet ja tukikahvat, kotiin soveltuvan rollaattorin sekä luiskat kynnyksiin. Apuvälineet olivat tärkeitä, sillä niiden tuella pystyy eri asioihin kuin ilman niitä.

Hyvät kengät olivat tärkeitä, jotta liikkuminen olisi turvallista.

Kotiutumisvaiheeseen liittyvät kotiutumisen edellytykset (kuvio 7) ovat tuki kotiutuessa, kuntoutumisen tukeminen kotiutumisvaiheessa, tarvittavien apujen ja palveluiden saaminen sekä tarvittavien yhteystietojen saaminen.



Kuvio 7. Kotiutumisvaiheeseen liittyvät kotiutumisen edellytykset

Tuki kotiutuessa sisälsi tukea alkuun pääsemisessä kotona esimerkiksi kotiin tulevan kotihoidon sairaanhoitajan toimesta. Toivottiin esimerkiksi kotiin saattajaa kotiin pääsemisen tueksi.

Juuri tähän vaiheeseen kun lähtee kotiin, siinä voisi olla joku apu, joku kotiin saattaja tai tukija, joka olisi sellainen yleismiesjantunen, joka sitten sen mummun ja papan kanssa pääsis kotiin.

Omaisten rooli kotiutuessa oli tärkeä. Toivottiin, että omaisiin ollaan yhteydessä ja joku heistä olisi vastassa kotona.

Omainen olisi siltana että me pääsemme takaisin sinne talolle asti, että joku auttaisi meitä sitten kotiin niin kuin sitä siltaa pitkin, joku henkilö siinä, on se sitten sukulainen tai tuttava, soittaa sairaalasta valmiiksi, että tuletko minua vastaan.

Kuntoutumisen tukeminen kotiutumisvaiheessa sisälsi kotiin saatavan kuntoutuksen, jotta pääsisi muun muassa kunnolla liikkeelle. Toivottiin tukea sairaalasta kotiutumisen siirtymävaiheeseen. Tällaisen siirtymäkauden koettiin hyödyttävän kaikkia eikä vain huonokuntoisimpia.

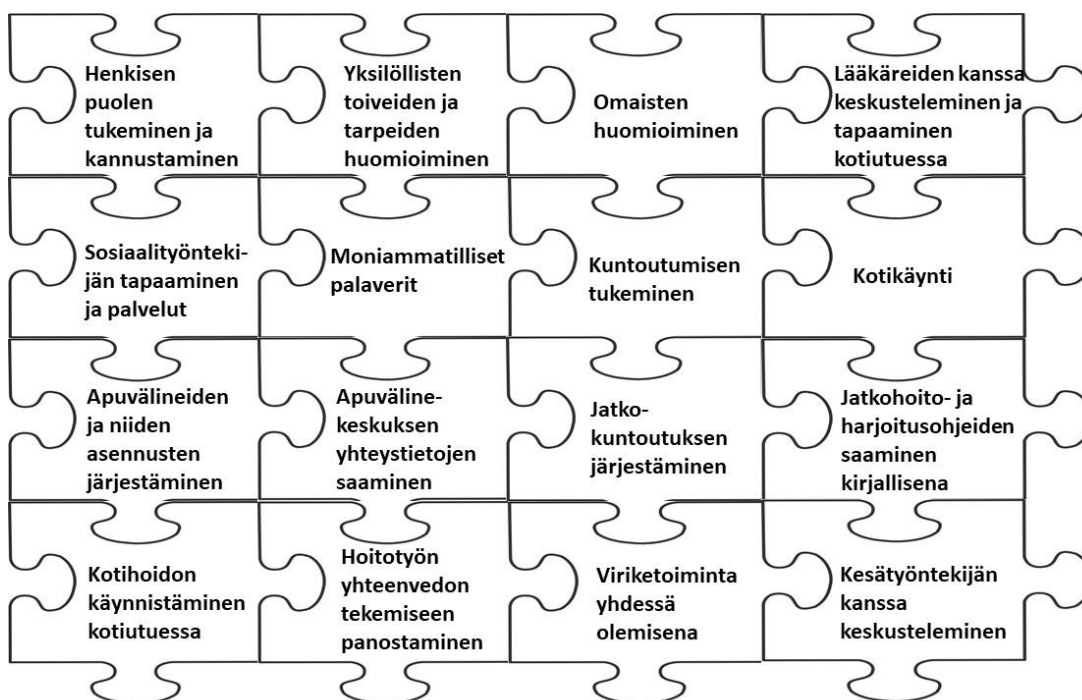
Tarvittavien apujen ja palveluiden saaminen koostui kotihoidon apujen saamista väliaikaisesti, kotihoidon apuja asioihin, joihin ei itse pysty sekä tarpeiden esiin tulemiseen ja tarpeisiin vastaavien apujen saamiseen. Ruokaa tulisi olla kotona kotiutuessa. Ruuan saamiseksi kotiin tarvitaan ateria- ja kauppakassipalvelua tai omaisia, jotka käyvät kaupassa. Kotiutuminen edellyttää myös muita omaisilta saatavia apuja. Puolison kotona oleminen ja lasten käyminen vierailuilla olivat tärkeitä tekijöitä. Turvapuhelimen saaminen oli yksi toivomus kotiutuessa. Siivoojan käyminen kotona oli tärkeä palvelu.

Tarvittavien yhteystietojen saaminen oli kotiutumisen edellytys. Yhteystiedot sisälsivät sairaalahenkilökunnan ja erityisesti lääkärin yhteytystiedot sekä yhteystiedot tahoihin, joilta voi saada lisää apua kotiin.

6.2 Kotiutumista tukevat käytännöt

6.2.1 Kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt

lääkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten tuottamat kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt olivat seuraavat: henkisen puolen tukeminen ja kannustaminen, yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen, omaisten huomioiminen, lääkäreiden kanssa keskusteleminen ja tapaaminen kotiutuessa, sosiaalityöntekijän tapaaminen ja palvelut, moniammatilliset palaverit, kuntoutumisen tukeminen, kotikäynti, apuvälineiden ja niiden asennusten järjestäminen, apuvälinekeskuksen yhteystietojen saaminen, jatkokuntoutuksen järjestäminen, jatkohoito- ja harjoitusohjeiden saaminen kirjallisena, kotihoidon käynnistäminen kotiutuessa, hoitotyön yhteenvedon tekemiseen panostaminen, viriketoiminta yhdessä olemisena sekä kesätyöntekijän kanssa keskusteleminen. Kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt on esitetty kuviossa 8.



Kuvio 8. Kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt

Henkisen puolen tukemisen ja kannustamisen koettiin olevan olemassa oleva kotiutumista tukeva käytäntö.

Yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen sisälsi kuntoutujien erilaisten tarpeiden tunnistamista sekä niiden ja toiveiden huomioon ottamista.

Omaisten huomioimiseen kuului keskustelua omaisten kanssa. Omaisten huomioiminen on tärkeää, koska he voivat auttaa kuntoutujia kotona.

Lääkäreiden kanssa keskusteleminen ja tapaaminen kotiutuessa sisälsi keskustelusta lääkärin kanssa osastolla. Lääkärin kanssa keskusteleminen kotiutuessa oli koettu hyväksi käytännöksi. Tämä ei kuitenkaan toteutunut kaikkien kotiutumisien osalta. Erikoislääkärien tapaaminen tarvittaessa tuki myös kotiutumista.

Sosiaalityöntekijän tapaaminen ja palvelut koettiin olennaisiksi kotiutumista tukeviksi käytännöiksi.

Moniammatilliset palaverit koettiin kotiutumista tukeviksi käytännöiksi. Yhdessä asetetut tavoitteet ja niiden tarkastelu moniammatillisesti esimerkiksi päivittäisissä taulupalavereissa tukee kuntoutuksen ja kotiutumisen suunnitelmallisuutta.

Kuntoutumisen tukeminen koostui ammattilaisten antamasta tuesta, liikkumisen tukemisesta, omatoimisuuteen kannustamisesta sekä voinnin seurannasta harjoitellessa. Kuntoutujan kanssa keskusteleminen moniammatillisesti tunnistettiin myös kotiutumista tukeväksi käytännöksi.

Kotikäynnillä tehtävän kotiympäristössä toimimisen arvioinnin koettiin tukevan kotiutumista. Kotikäynnin tarve arvioidaan yksilöllisesti.

Apuvälineiden ja niiden asennusten järjestäminen sisälsi apuvälineiden hankkimisen sekä niiden asennuksen järjestämisen. Asennuksien järjestymisen kannalta urakoitsijan joustavuuden koettiin olevan kotiutumista tukeva käytäntö.

Apuvälinekeskuksen yhteystietojen saaminen oli myös tärkeää, jotta tietää minne ottaa yhteyttä apuvälinetarpeiden muuttuessa tai niiden ollessa huollon tarpeessa.

Jatkokuntoutuksen järjestäminen oli tärkeä kotiutumista tukeva käytäntö.

Jatkohoito- ja harjoitusohjeiden saamisen kirjallisena koettiin tukevan kotiutumista. Paperilla ohjeiden saaminen oli tärkeää, koska kuntoutujat saavat paljon ohjeita sairaalajakson aikana.

Potilaalle tarkoitettujen ohjeiden saamisen pitäisi olla päivän selvä asia, että potilas tarvitsee sellaiset, koska eihän sitä voi olla kukaan varma, että mitä hän muistaa kun hän menee. On monta uutta asiaa ja päässä pyörii kaikki niin väkisinkin unohtuu.

Kotihoidon käynnistäminen kotiutuessa tunnistettiin kotiutumista tukeväksi käytännöksi. Kotihoidon arviointikäynnin tekeminen ennen kuin kotihoito alkoi käymään tuki tarpeiden esiin tulemista kattavasti. Kotihoidon arviointikäynnin hyödyllisyyden vuoksi niitä tulisi pyytää herkästi.

Hoitotyön yhteenvedon tekemiseen panostaminen oli kotiutumista tukeva käytäntö, sillä hyvin tehdystä yhteenvedosta saa kaikki tiedot samasta paikasta sairaalajaksoon ja jatkosuunnitelmiin liittyen.

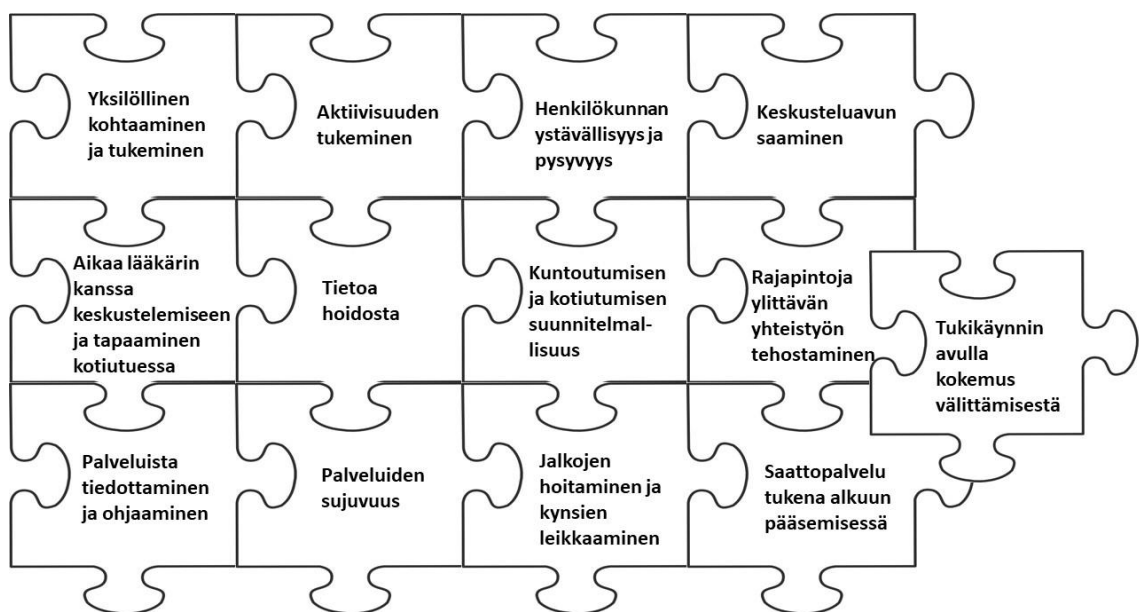
Viriketoiminta yhdessä olemisena sisältyi olemassa oleviin kotiutumista tukeviin käytäntöihin. Viriketoiminta koettiin tärkeäksi vapaamuotoiseksi yhdessä oloksi, johon jokainen sai osallistua haluamallaan tavalla, vaikka vain kuuntelemalla keskustelua.

Kesätyöntekijän kanssa keskusteleminen tuki kotiutumista, sillä kiireetön keskusteleminen koettiin piristävänä.

...hän kiersi ihmisten kanssa juttelemassa. Hän istui minunkin huoneessa pitkän tovin ja jutteli minun kanssa niitä näitä. Se tuntui ihan kivalta, piristävältä.

6.2.2 Kotiutumista tukevat tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt

lääkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten tuottamat kotiutumista tukevat tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt olivat seuraavat: yksilöllinen kohtaaminen ja tukeminen, aktiivisuuden tukeminen, henkilökunnan ystävällisyys ja pysyvyys, keskusteluavun saaminen, aikaa lääkärin kanssa keskustelemiseen ja tapaaminen kotiutuessa, tietoa hoidosta, kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnitelmallisuus, rajapintoja ylittävän yhteistyön tehostaminen, palveluista tiedottaminen ja ohjaaminen, palveluiden sujuvuus, jalkojen hoitaminen ja kynsien leikkaaminen, saattopalvelu tukena alkuun pääsemisessä sekä tukikäynnin avulla kokemus välittämisestä. Kotiutumista tukevat tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt on esitetty kuviossa 9.



Kuvio 9. Kotiutumista tukevat tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt

Yksilöllinen kohtaaminen ja tukeminen sisälsi aikaa kuntoutujan kanssa keskustelemiseen ja hänen kohtaamiseen yksilönä. Tunnistettiin, että pidemmässä keskustelussa tutustutaan paremmin ja keskustelusta tulee avoimempaa. Pidemmässä keskustelussa

tulee esiin sellaisia asioita, joita ei tulisi esille lyhyesti tavattaessa. Sairastumiseen liittyvien asioiden sisäistämiseen ja läpi käymiseen tulisi antaa aikaa. Tuen tarve on yksilöllistä, erityisesti tukea tarvitsisivat ne, joilla ei ole omaisia auttamassa tai jotka jännittävät kotiutumista ja eivät haluaisi kotiutua.

Aktiivisuuden tukeminen koostui kuntoutujan oman aktiivisuuden tukemisesta ja tekemisen tarjoamisesta.

...niin kyllä se oma aktiivisuus on tärkeää, sitä pitää tukea, koska kyllä täällä pääsee vaan makaamaan eikä mitään tapahdu jos on ihan hiljaa koko aika.

Henkilökunnan ystävällisyys ja pysyvyys koettiin tukevan kotiutumista. Henkilökunnan ystävällisyydellä on vaikutusta siihen, että kuntoutujilla olisi henkisesti hyvä olla sairaalassa. Henkilökunnan vaihtuvuus koettiin haasteeksi ja todettiin, että samojen ihmisten kanssa asioiminen olisi kotiutumista tukeva käytäntö.

Keskusteluavun saaminen sisälsi toiveen siitä, että psykologin tai muun keskusteluavun saaminen osastolle olisi helpompaa. Lisäksi korostettiin muiden kanssa keskustelemisen ja vertaistuen hyötyjä.

Aikaa lääkärin kanssa keskustelemiseen ja tapaaminen kotiutuessa. Lääkärin kanssa keskusteleminen nimettiin tärkeäksi kotiutumista tukevaksi käytännöksi. Osastolla lääkärin kanssa tulisi saada keskustella riittävän usein ja ajan kanssa. Erityisen tärkeäksi koettiin se, että kuntoutuja saisi tavata lääkärin kotiutumispäivänä jatkohoito-ohjeiden saamiseksi suoraan lääkäriltä itseltään.

Tietoa hoidosta sisälsi hoitoon liittyvien asioiden selittämisen kärsivällisesti. Lisäksi lääkemuutoksista kertominen koettiin olennaiseksi. Tiedon välittymiseksi kuntoutujan ja henkilöstön välillä ehdotettiin tulevaisuuden käytännöksi sairaanhoitajan iltakiertoa, jolloin kuntoutujalla olisi esimerkiksi mahdollisuus kysyä häntä askarruttavista asioista. Sairaanhoitaja kiertäisi tällöin tietokoneen kanssa, jotta tietoja voisi tarkistaa ja kirjata samalla. Kuntoutujat tarvitsevat hoitoon liittyviä tietoja myös kirjallisesti. Kirjalliset ohjeet tulisi kirjoittaa juuri kuntoutujia varten ymmärrettävässä muodossa.

Kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnitelmallisuuden vahvistamiselle on tarvetta tulevaisuudessa. Kuntoutujalle, omaisille ja henkilöstölle tarvitaan tarpeeksi aikaa kuntoutuksen suunnitteluun. Kuntoutuksen suunnittelussa hyväksi nähtiin kuntoutujan kokonaisvaltaisen tilanteen arviointi moniammatillisesti. Moniammatillisen tiimin hyödyntämisessä nähtiin tehostettavaa. Kotiutumissuunnitelman tekeminen tulee aloittaa heti tulo-vaiheessa. Tällöin kuntoutujalle ja omaiselle jää aikaa tottua ajatukseen kotiutumisesta. Kotiutumisen käytännön järjestelyihin tarvitaan aikaa ja resursseja. Kotiutumisen järjestämiseen pitäisi irrottaa aikaa, jotta ammattilaiset voisivat keskittyä siihen kunnolla ja reagoida esiin tulleisiin asioihin. Jatkuvat keskeytykset ja monen asian hoitaminen yhtä aikaa tekevät työstä rikkonaista ja virheeltistä. Kotiutumisien tulisi tulevaisuudessa olla yhä vähemmän riippuvaista lääkärin kiertopäivistä. Tällä pystyttäisiin myös ehkäisemään kotiutumisen kasaantuminen loppuviikkoon ja tietyille viikonpäiville. Kotiutumisia tulisi olla enemmän myös viikonloppuisin, koska kuntoutujilta toivovat usein viikonlopuksi kotiin pääsemistä.

Rajapintoja ylittävän yhteistyön tehostamiselle koettiin tarvetta sosiaalipuolen ja koti-hoidon kanssa. Sosiaalipuolen asioiden, kuten raivaussiivousten ja asunnottomien asioiden toivottiin menevän nopeammin eteenpäin, jotteivät ne viivästyttäisi kotiutumisia. Kotihoidon ja sairaalan välillä tarvitaan tiiviimpää yhteistyötä ja parempaa tiedon välittymistä. Tunnistettiin, että molemmilla osapuolilla voi olla arvokasta tietoa, joka ei siirry toiselle osapuolelle. Keskustelun lisäämiseksi ja tiedon välittymiseksi esimerkiksi puhelinkontaktit koettiin tärkeiksi. Urakoitsijalta apuvälineasennuksen tilaaminen voisi olla sujuvampaa, jos käytössä olisi esimerkiksi sähköinen ajanvarausjärjestelmä. Työpyynnöt laitettaisiin ajanvarausjärjestelmään, josta näkisi myös milloin urakoitsija on vapaana.

Palveluista tiedottaminen ja ohjaaminen aiempaa monipuolisemmin oli kotiutumista tukeva tulevaisuudessa tarvittava käytäntö. Kuntoutuja ja omaiset tarvitsevat tarpeeksi tietoa palveluista, kuten esimerkiksi ilmaisista hoitotarvikkeista. Lisäksi tarvitaan apuvälineiden mainostamista ja harrastusmahdollisuuksista tiedottamista. Apuvälineiden mainostamisen avulla kuntoutujat saisivat tietoa esimerkiksi pienapuvälineistä, joiden tuella he pystyisivät aiempaa itsenäisempään toimimiseen keittiössä. Harrastuksien pariin ohjaamisen ja yhteydenotoissa avustamisen arvioitiin tukevan uuden harrastuksen aloittamista. Toivottiin myös ohjausta itselleen sopivan uuden asunnon hakemiseen.

Palveluiden sujuvuus sisälsi kuljetusten, ruuan saamisen kotiin, ja senioriohjaus ja palvelu yksikkö Nestorin toiminnan sujuvoittamista. Kuntoutujat väsyvät kuljetuksia kotiin

odottaessaan ja väsyminen voi vaikuttaa kotiutumisen onnistumiseen. Ruuan saamista kotiin kotiutuvalle kuntoutujalle tulisi helpottaa. Nestorista päätöksien, kuten omaishoitoisuuden ja taksikortin myöntämisen nopeuttaminen tukisi kotiutumista tulevaisuudessa.

Jalkojen hoitaminen ja kynsien leikkaaminen nähtiin kotiutumista tukevaksi tulevaisuudessa tarvittavaksi käytännöksi. Iäkkäiden kuntoutujien voi olla vaikea suoriutua tästä itse.

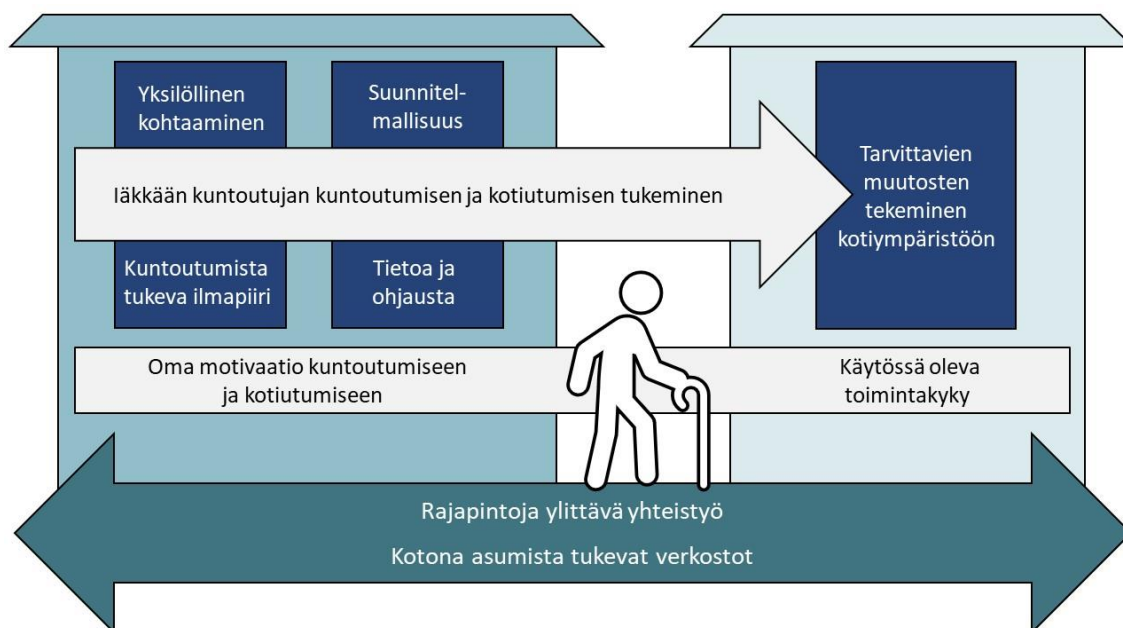
Varpaan kynsien leikkuu ei ole potilaalle niin yksinkertaista, etenkään minulle kun minä en oikein näe, että missä menee varpaankynsi ja missä iho. En ole yksi enkä kaksi kertaa kotona leikannut rikki. Että jos sairaalassa olisi edes joku ihminen palkattu tekemään sitä. Sehän on hirveän tärkeätä, että jalat ovat kunnossa.

Saattopalvelu tukena alkuun pääsemisessä auttaisi kuntoutujia ei selkeästi minkään palvelun pariin kuuluvien pienten juoksevien asioiden hoitamisessa. Tällöin kuntoutujalle tärkeät asiat tulisivat hoidettua. Saattopalvelu olisi kuntoutujalle myös henkinen tuki eikä hän jäisi kotona heti yksin.

Tukikäynnin avulla kokemus välittämisestä kuntoutujalle. Tällainen jälkitarkastus tai tukikäynti olisi kuntoutujalle tukena vielä kotiutumisen jälkeenkin. Tukikäynnillä voitaisiin samalla esimerkiksi tarkistaa hankittujen apuvälineiden toimivuus kotiympäristössä.

7 Kuvaus iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä

Iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijät (kuvio 10) muodostin kaikkien neljän kehittämissuunnan aineistojen tuloksia hyödyntäen. Kuvauksessa kokosin yhteen iäkkäiden kuntoutujien tuottamat kotiutumisen edellytykset sekä iäkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten tuottamat kotiutumista tukevat olemassa olevat ja tulevaisuudessa tarvittavat käytännöt iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijöiksi.



Kuvio 10. Iäkkään kuntoutujan sairaalasta kotiutumisen ydintekijät

Kehittämistyön tulosten perusteella kotiutumisen kannalta olennaista on iäkkään kuntoutujan oma tahto ja halu kotiutua. Kuntoutujan oma asenne kotiutumiseen on yksi tärkeimmistä kotiutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Iäkkään kuntoutujan tulee itse pyrkiä sairaalasta pois. Kuntoutujan asenteella on merkittävää vaikutusta myös kuntoutumiseen. Kuntoutujan tulee pyrkiä omatoimisuuteen ja tekemään itsenäisesti sen mitä pystyy.

Kotiutumisen edellytykset ovat yksilölliset jokaisella iäkkäällä kuntoutujalla. Toimintakyvyn arviointiin tulee sisältää kuntoutujan arvion hänen omassa arjessaan tarvittavasta toimintakyvystä. Käytössä oleva toimintakyky kuvaa tätä toimintakyvyn kokonaisuutta, joka sisältää kuntoutujan näkökulman esimerkiksi siitä, mitä hän haluaa ja mitä hänen täytyy tehdä omassa arjessaan.

Kuntoutumista ja kotiutumista tulee tukea monin tavoin iäkkään kuntoutujan kotiutumiseksi. Yksilöllinen kohtaaminen sekä yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioinen edellyttävät aikaa keskustelemiselle ja tutustumiselle. Yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen mahdollistaa henkisen puolen tukemisen ja keskusteluavun saamisen tarvittaessa. Iäkkäät kuntoutujat tarvitsevat aikaa sairastumiseen liittyvien asioiden läpi käymiseen ja sisäistämiseen. Samojen ihmisten kanssa toimiminen mahdollistaa syvemmän tutustumisen ja yksilöllisyyden huomioimisen, ja tukee täten kuntoutumista ja kotiutumista.

Kotiutumisen suunnittelussa iäkkään kuntoutujan tavoitteet ovat keskiössä. Tarpeiden ja toiveiden tunnistamisen kautta sairaalassa asetetaan yhdessä yksilölliset tavoitteet kuntoutumiselle ja kotiutumiselle. Tavoitteiden avulla kotiutuminen osataan ajoittaa oikein. Kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnitelmallisuus sisältää tiivistä monialaista yhteistyötä. Tavoitteiden saavuttamiseksi sairaalassa tarvitaan ohjattua harjoittelua sekä ammattilaisilta valmentavaa otetta.

Kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemiseksi sairaalan ilmapiiriin tulee olla kuntoutumista tukeva. Kuntoutumisen tukeminen sisältää omatoimisuuteen kannustamista, ajan antamista ja aktiivisuuden tukemista. Iäkkäiden kuntoutujien ollessa kyseessä ajan antaminen on erityisen merkityksellistä. Iäkkään kuntoutujan omaa aktiivisuutta tuetaan laitostumisen ja passivoitumisen ehkäisemiseksi. Kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemiseksi tarvitaan tavoitteellisten harjoitusten ohella vapaamuotoisempia yhdessä olemisen tapoja, kuten viriketoimintaa ja keskustelemista kesätyöntekijän kanssa. Muiden ihmisten kanssa keskusteleminen ja vertaistuen saaminen tukee kuntoutumista ja kotiutumista. Positiivisen palautteen saaminen ja kannustaminen ovat olennaisia asioita iäkkään kuntoutujan kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemiseksi. Lisäksi henkilökunnan ystävällisyydellä voidaan tukea sitä, että kuntoutujalla on henkisesti hyvä olla.

Kuntoutujilla on paljon tiedontarpeita liittyen sairastumiseen, hoitoon ja lääkitykseen. Kuntoutuja tarvitsee tietoa edellä mainituista asioista itselleen ymmärrettävässä muodossa sekä suullisesti että kirjallisesti. Kirjalliset kuntoutujille suunnatut ohjeet ovat erityisen tärkeitä kotiutumisvaiheessa, jotta kuntoutuja voi palata niihin kotiututtuaan. Lääkärin kanssa keskusteleminen on kotiutumisvalmiuden kannalta merkittävää. Ohjausta tarvitaan eri osaamis- ja ammattialoilta kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kotiutumista ennen tarvitaan erilaisista palveluista tiedottamista ja ohjausta. Kuntoutujan lisäksi omaisten ohjaaminen on tärkeää.

Kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemisen ei tule rajoittua sairaalan seinien sisäpuolelle. Iäkkään kuntoutujan toimintakyky on usein sairaalajaksolta kotiutuessa erilainen suhteessa aiempaan kotona käytössä olleeseen toimintakykyyn. Muuttunut tilanne vaatii kotiympäristöön kohdistuvia toimenpiteitä kotona asumisen tukemiseksi. Kotiympäristöstä keskustelemisen kautta kuntoutuja miettii kotiympäristöä ja tarvittavia kotiympäristön muutoksia ja apuvälineitä turvallisemman ja toimivamman ympäristön saavuttamiseksi.

Tarvittaessa kotiutumisen yhteydessä tulisi arvioida kotiympäristössä toimimista ja apuvälinetarvetta kotikäynnillä. Kuntoutujille tulisi mainostaa apuvälineitä, joiden tuella he pystyisivät toimimaan itsenäisemmin arjessaan.

Kuntoutujan kotona asumista tukevien verkostojen kanssa tehdään yhteistyötä koko jakson ajan kotiin saatavan tuen intensiteetti huomioon ottaen. Omaiset ovat monilla iäkkäillä kuntoutujilla merkittävä kotona asumista tukeva taho. Iäkkään kuntoutujan kotiutumisvaiheen suunnitteluun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Kotiutumisvaiheessa avun ja tuen tarve saattaa olla myös lyhytaikainen. Kuntoutumisen jatkumiseksi omassa kotiympäristössä tarvitaan kuntoutumista tukevia palveluita kotiutumisen jälkeen. Iäkkään kuntoutujan turvallisuuden tunnetta lisää tieto tahosta ja yhteystietojen saaminen, johon voi ottaa yhteyttä tarvitessaan lisää apua kotiin. Iäkkään kuntoutujan kotona asumisen tukemiseksi kuntoutujan tulee kokea saavansa apua niihin asioihin, joihin ei itse pysty. Kotona asumista tukevat muiden ihmisten tapaaminen kodin ulkopuolella, kuten esimerkiksi kaupassa, harrastuksissa sekä päivätoiminnassa käydessä. Iäkkäitä kuntoutujia tulee ohjata ja kannustaa harrastusten pariin.

Iäkkään kuntoutujan kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemiseksi rajapintoja ylittävää yhteistyötä tulee tehdä koko sairaalajakson ajan. Yhteistyön avulla hyödynnetään verkoston muilla toimijoilla olevaa tietoa ja osaamista. Tiivis yhteistyö verkoston toimijoiden välillä näyttäytyy kuntoutujalle eheänä kokonaisuutena kuntoutumisen ja kotiutumisen tukemisessa.

8 Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta kotiutumisen edellytyksiksi tunnistettiin tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä kuntoutujan oman aktiivisuuden ja motivaation tärkeys. Kuntoutujan tulisi myös ymmärtää oman sen hetkisen toimintakyvyn rajoitteet, ja tämä vaatii myös riittävää kognitiivista toimintakykyä. Kotiutumista tukevaksi hyväksi ole-massa olevaksi käytännöksi tunnistettiin yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioon ot-taminen. Tästä huolimatta tulevaisuudessa sairaalassa koettiin tarvittavan enemmän ai-kaa yksilölliselle kohtaamiselle ja tukemiselle sekä kuntoutujan kanssa keskustele-miselle.

Kuntoutujan aktiivisuuden tukemiseen tulee panostaa tulevaisuudessa vielä voimakkaammin. Kuntoutumista ei tapahdu, jos kuntoutustoimenpiteet eivät sisällä kuntoutujan aktiivista toimimista ja tue kuntoutujan yksilöllisiä tavoitteita elämässään (Autti-Rämö & Salminen 2016c). Ammattilaisten vuorovaikutustaidoilla on merkitystä kuntoutujan aktiivisen toimijuuden tukemisessa (Autti-Rämö & Salminen 2016a). Tulosten perusteella tulevaisuudessa tulisi huomioida yhä enemmän henkilökunnan pysyvyyden ja käyttäytymisen merkitys kotiutumisen tukemisessa.

Ja minusta se, olisi hyvä, että olisi se sama ihminen, ettei aina uusia. Aina sitten aloitetaan taas alusta. Sinulla on sitä ja sinulla on tätä, että ne olisi niin kuin kaikille selviä, ettei tarvitsisi luetella.

lääkkäät kuntoutujat vaikuttavat kaipaavan vahvempaa suhdeperusteisuutta hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Henkilökunnan pysyvyyttä onkin jo pyritty lisäämään olemassa olevien mahdollisuuksien rajoissa. Hoitohenkilöstö työskentelee nykyisin osastolla 4 aiempaa pidemmän ajan samassa pienryhmässä.

lääkkäiden kuntoutujien näkökulmasta kotiutumisen edellytyksenä on riittävä liikkumis- ja toimintakyky, joka mahdollistaa itsenäisen toimimisen kotona. Itsenäisesti toimiminen koettiin tarpeelliseksi päivittäisten toimintojen, keittiössä toimimisen, pienten kotitöiden sekä ravitsemuksesta ja lääkityksestä huolehtimisen osalta. Kuntoutumista tulee tukea monipuolisesti, koska koetut kotiutumisen edellytyksetkin ovat näin monipuolisia. Kotiutumista tukevat hyvät olemassa olevat käytännöt sisälsivät kuntoutumisen tukemista esimerkiksi liikkumista tukemalla ja omatoimisuuteen kannustamalla.

Kotiutumisen edellytykset sisälsivät lääkkäiden kuntoutujien näkökulmasta paljon myös kodinhoidollisiin, sosiaaliseen ja asioiden hoitamiseen liittyviä tekijöitä, kuten muiden ihmisten tapaamista kodin ulkopuolella, puhelimen käyttämistä, kaupassa käymistä ja asunnosta ulos pääsemistä. Sosiaaliset suhteet ja muiden ihmisten tapaaminen näyttäytyivät tuloksissa hyvin tärkeinä asioina. Organisaation näkökulmasta sen sijaan asunnosta ulos pääseminen, asioilla itse käyminen tai harrastukseen meneminen eivät ole kotiutumisen edellytyksiä, vaikka nämä tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella olivat monen iäkkään kuntoutujan kokemuksellisesta näkökulmasta kotona asumisen ja hyvinvoinnin kannalta hyvin merkityksellisiä tekijöitä. Kodin ulkopuolella liikkuminen on tärkeää, sillä se mahdollistaa osallistumisen yhteiskuntaan (Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohjelman päivitys 2018: 14).

Ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen haasteet yleensäkin ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä. Näihin riskitekijöihin tarttumalla voitaisiin vähentää tai kokonaan estää palveluiden tarvetta myöhemmin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 16.) Tulosten perusteella ammattilaiset tarkastelevat kotiutumisen edellytyksiä lyhytnäköisemmin välttämättömyyksien kautta ja kuntoutujat taas itselleen merkityksellisten asioiden näkökulmasta.

Palvelutoimintaan sisältyy sisäänrakennettuna asiakaskeskeisyyden näkökulma. Asiakaiden tarpeita on kuitenkin tyypillisesti tarkasteltu tietyn asiantuntijan näkökulmasta ja lähtökohdista rajatuin menetelmin. (Seppänen ym. 2012: 7.) Yksi ammattilaisten tunnistama hyvä olemassa oleva kotiutumista tukeva käytäntö oli osastolla päivittäin toteutuvat moniammatilliset taulupalaverit. Kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisten yhteistyössä laatiman tavoitteen tulee ohjata kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja toteutusta. Kaikkien ammattilaisten keräämät tiedot tulee huomioida, jotta voidaan asettaa realistinen tavoite ja muodostaa tavoitteen saavuttamista vaativista kuntoutustoimenpiteistä yhteinen ymmärrys. (Autti-Rämö ym. 2016.) Kuntoutujan tavoitteiden tarkastelu moniammatillisesti tukee kuntoutuksen ja kotiutumisen suunnitelmallisuutta, josta taas kuntoutuja hyötyy. Sairaalassa työskentelevien ammattilaisten on todettu keskittyvän kotiutumisen suunnittelussa osastolla tapahtuvaan toimintaan, kuten yhteistyöhön eri toimijoiden välillä ennen kotiutumista, kuntoutujan ja omaisten tiedottamiseen ja ohjaamiseen sekä kotiutumisen käytännön järjestelyihin (Grimmer & Moss 2001: 115).

Läkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumisen suunnittelussa on asioita, jotka täytyy huomioida tai selvittää jokaisen kuntoutujan kohdalla. Grimmerin & Mossin (2001: 115) tutkimuksessa sekä kuntoutujat, omaiset sekä ammattilaiset arvioivat yhtä tärkeiksi ja tarpeellisiksi kotiutumisessa kommunikoinnin kuntoutujan kanssa ja kuntoutujan ohjaamisen, lääkitykseen liittyvän tiedottamisen sekä palveluihin ja välineisiin liittyvän ohjaamisen. Ammattilaisten työtä ohjaamaan tarvitaan yhteisesti hyväksytyjä toimintaohjeita (Parker ym. 2002: 2). Espoon sairaalassa esimerkki tällaisesta ammattilaisille suunnatusta ohjeesta on kotiuttamisen tarkistuslista. Tarkistuslista toimii muistilistana yleisistä kotiutumisen kannalta tärkeistä huomioon otettavista asioista.

Haasteena on kuitenkin se, kuinka kaikki kohdat ennätetään tarkistaa ja hoitaa sairaalajaksojen lyhentyessä. Tuloksissa yhdeksi haasteeksi tunnistettiin nimenomaan ammattilaisten työn hektisyys. Työ keskeytyy toistuvasti ja joudutaan tekemään montaa asiaa yhtä aikaa. Kotiutumisen suunnittelun koettiin olevan sellainen työtehtävä, johon pitäisi

saada keskittyä pidempään yhtäjaksoisesti. Haasteeksi koettiin myös kotiutumisen suunnittelun jakaantuminen usean eri ihmisen kesken. Tulevaisuudessa kotiutumisen käytännön järjestelyihin toivottiin lisää aikaa ja resursseja.

Kotiuttamisen tarkistuslista on enemmänkin organisaation toiminnan sujuvuuteen tärkeä ja ammattilaisten käyttöön tarkoitettu työkalu. Kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiseksi ja kuntoutujien näkökulmasta hyvän kotiutumisen suunnittelemiseen tarvitaan vakioitujen käytäntöjen lisäksi yksilöllisyyden huomioimista. Kotiutumisen edellytyksistä puhuttaessa on riskinä se, että tarkastellaan kotiutumista vain organisaation näkökulmasta ja hoidetaan vain se välttämätön, joka mahdollistaa kotiutumisen juuri organisaation näkökulmasta. Iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta kyse on pikemminkin kotona asumisen edellytyksistä kuin kotiutumisen edellytyksistä. Kotiutuminen on vain yksi lyhyt hetki, jolla ei ole itseisarvoa, jos siitä ei seuraa kotona asumisen jatkuminen.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella on tärkeää, ettei kuntoutumista tukeva toiminta kapeudu, sillä iäkkäiden kuntoutujien tarpeisiin vastaamiseksi tarvitaan monialaista tukea. Kotiutumista tukevista käytännöistä osa oli vahvasti kokemuksellisia eikä organisaation ja ammattilaisten näkökulmasta niin tavoitteellista toimintaa. Tarvitaan myös vapaamuotoista ajanvietettä ja yhdessä oloa. Tällaiseksi kuntoutujat kivat viriketoiminnan sekä kesätyöntekijän kanssa keskustelemisen.

Kuntoutujan oman elämänsä merkitykselliseksi kokemista ei tueta tasapuolisesti kaikille samaa tarjoamalla ja tekemällä organisaation näkökulmasta vain välttämättömän kotiutumisen mahdollistamiseksi. Kullekin kuntoutujalle merkittävät asiat kotiutumisessa ja kotona asumisessa ovat erilaisia. Kuntoutujan omien elämäntavoitteiden kanssa linjassa olevilla henkilökohtaisilla tavoitteilla on merkittävä vaikutus kuntoutujan motivaatioon ja kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseen (Järvikoski 2013: 23–24). Tarvitaan osapuolien sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin niiden saavuttamiseksi ja kuntoutumisen onnistumiseksi (Härkäpää & Valkonen & Järvikoski 2016). Äärimmäiseen tasapuolisuuteen pyrkiminen ja käytäntöjen vakioiminen ovat ristiriidassa kuntoutujien yksilöllisyyden vahvemman huomioimisen kanssa.

Kuntoutujien, omaisten ja ammattilaisten erilaiset näkökulmat kotiutumiseen voivat vaikeuttaa yhteistyötä. Yhteisen näkemyksen muodostaminen vaatii keskustelua osapuolien välillä ja tilanteen tarkastelua erilaisista näkökulmista. (Koponen 2003: 71.) Kuntoutujat ja omaiset ovat kiinnostuneempia kotona selviytymisestä pidemmällä aikavälillä

kuin ammattilaiset. Sairaalassa työskentelevät ammattilaiset keskittyvät enemmän oman organisaationsa tehtäviin kotiutumisen mahdollistamiseksi ja tarkastelu rajoittuu täten ajallisesti sairaalan prosesseihin. (Grimmer & Moss 2001: 111, 115.) Tämä näkökulma tuli kehittämistyössä esille iäkkäiden kuntoutujien osallistumisen myötä. Iäkkäät kuntoutajat kuvaavat omaa arkeaan ja elämäänsä kokonaisuutena, eikä tästä kokemuksellisesti näkökulmasta ole irrotettavissa vain yhden palvelun tai organisaation kiinnostuksen kohteena olevaa ajallisesti lyhyttä kotiutumisen hetkeä. Kuntoutajat toivoivat sairaalajaksolta kokonaisvaltaista ja perusteellista terveyteen, hyvinvointiin ja kuntoutumiseen liittyvien asioiden hoitamista.

Tosiasia on kuitenkin se, että resurssit ovat rajalliset, ja kuntoutusta joudutaan sääntelemään ja priorisoimaan. Resurssien rajallisuuden vuoksi niiden kohdentamisen täytyy olla hyvin harkittua. (Autti-Rämö & Salminen 2018.) Ei siis voida lähteä pelkästään kuntoutujien tarpeista ja toiveista käsin.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnitelmallisuuden vahvistamiselle on tarvetta tulevaisuudessa. Kuntoutuksen suunnittelun tulee toteutua kuntoutujan, omaisten ja ammattilaisten yhteistyönä. Kotiutumis suunnitelma tulisi ohjeiden mukaan aloittaa heti tulovaiheessa, mutta käytännössä tässä koettiin olevan vielä tehostamisen tarvetta.

Kuntoutujien ja ammattilaisten erilaiset näkökulmat sairaalasta kotiutumisen edellytyksiin tuovat haasteita myös kotiutumisajankohdan päättämiseen. Kuntoutajat kokivat, etteivät he juuri voineet vaikuttaa kotiutumisajankohtaan vaan päätöksen teki lääkäri.

...lääkäri silloin vaan sanoi, että loppuviikosta kotiin. Ja silloin minä sanoin, että "ai hyvä ihme", voiko tämä nyt toimia, että kun yksin on.

Kyllähän minä voisin sanoa, että tulenkohan minä nyt toimeen sitten vielä siellä mutta ei se auta.

Ne sanoivat, että sinä pääsisit vaikka jo huomenna tai ylihuomenna kotiin. Minä sanoin että ei hyvänen aika, että minä en ole vielä yhtään valmis lähtemään.

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa useat kuntoutajat kokivat kotiutumisen ajankohdan tulevan heille yllätyksenä. Tutkimuksessa pohdittiin, tehdäänkö kotiutumisen suunnittelussa tarpeeksi yhteistyötä kuntoutujan sekä virallisten ja epävirallisten verkostojen

kanssa, jos kuntoutujien kokemus on tällainen? (Bragstad ym. 2012: 7.) Tässäkin tutkimuksellisessa kehittämistyössä tunnistettiin tarve vuorovaikutuksen lisäämiseen lääkärin kanssa.

lääkkäiden kuntoutujien monipuoliset tiedontarpeet kotiutumisprosessin aikana tulivat esille tämänkin tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa. Kuntoutujan yksilöllisen tiedon ja tuen tarpeiden tunnistaminen edellytti aikaa tutustua kuntoutujaan yksilönä. Kuntoutujan osallistuminen päätöksentekoon tasavertaisena ammattilaisen rinnalla edellyttää riittävien tietojen saamista vaihtoehtoista ja niiden mahdollisista seurauksista sekä näiden pohdintaa yhdessä ammattilaisen kanssa (Järvikoski 2013: 23). Tiedon saannin ja ohjaamisen lisäksi tarvetta onkin nimenomaan yhteiselle keskustelulle niin lääkärin kuin muidenkin sairaalassa toimivien ammattilaisten kanssa. Keskustelemisen tuella voidaan varmistaa, että kuntoutuja on saanut tietoa itselleen ymmärrettävässä muodossa ja voi olla aktiivinen päätöksenteossa.

Kuntoutumista tukeva ohjaus ei ole yksisuuntaista tiedon välittämistä, vaan se toteutuu ammattilaisen ja kuntoutujan vuorovaikutuksessa (Tynjälä & Piirainen & Kurunsaari & Merikoski 2016). Tiedon välittämisen tulee siis olla vastavuoroista. Kuntoutujalla tulee olla tilaisuuksia kertoa näkökulmansa ja tulla kuulluksi. Täten saadaan hyödynnettyä kuntoutujan oman elämänsä asiantuntijuutta. Kuntoutujaan tutustuminen mahdollistaa kuntoutujalle tarpeellisen tiedon tunnistamisen. (Koponen 2003: 69–70, 84.)

Kuntoutuminen tapahtuu yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa. Kuntoutumisprosessissa kuntoutus ei kohdistu ja koske vain kuntoutujaa vaan myös hänen ympäristöään ja siihen kuuluvia henkilöitä. (Autti-Rämö & Salminen 2016c.) Iäkkään kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet muovautuvat aina suhteessa kuntoutujan omaan toimintaympäristöön. Omaisten huomioiminen ja heidän kanssaan keskusteleminen tunnistettiin tuloksissa olemassa olevaksi kotiutumista tukevaksi käytännöksi.

Omaisten tuen merkityksen voidaan vielä arvioida kasvavan iäkkäiden määrän lisääntyessä ja kotona asumisen ensisijaisuuden vuoksi. Kotona asumisen tukemiseksi tarvitaan virallisten ja epävirallisten verkoston toimijoiden yhteistyötä. Omaisilta saatava apu painottui kodin ulkopuolisten asioiden hoitamiseen ja kotitöissä avustamiseen. Henkilökohtaista apua esimerkiksi päivittäisiin toimintoihin ja sairaanhoidollisiin asioihin saatiin useammin verkoston virallisilta toimijoilta. (Vilkko ym. 2014: 220–223, 229.) Nämä painotukset näkyivät myös tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa.

lääkäiden avuntarpeet ilmenevät vähän kerrallaan ja usein muuttuneeseen tilanteeseen sopeudutaan omaisilta saadun lisätyn tuen avulla. Omaisten tukeminen ja ohjaaminen jo varhaisessa vaiheessa on tärkeää iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn säilymiseksi ja vaikuttaa myös iäkkään elämänlaatuun. Riittävän tuen ja ohjauksen avulla iäkkään kotona asuminen mahdollistuu pidempään. (Juntunen 2016.)

Kotiutumisvaiheeseen liittyy iäkkäillä kuntoutujilla usein kotona selviytymiseen vaikuttavia erilaisia muutoksia. Muutokset edellyttävät kuntoutujan itsensä sekä omaisten valmistautumista niiden vaikutuksiin kotona selviytymiseen jo sairaalajakson aikana. Kotiutumisvaiheessa yhteydenpitoa omaisiin tulisi vahvistaa. (Palonen 2016: 52–57; Koponen 2003: 54–58, 70–72.) Kotiutumiseen valmistautuminen sisältää tarpeellisten tietojen saamisen lisäksi myös kuntoutujien kotona selviytymiseen liittyvien huolien käsittelyä sekä omaisten tukemista (Grimmer & Moss 2001: 113). Iäkkään kuntoutujan kiireetön ja yksilöllinen kohtaaminen tunnistettiin kotiutumista tukeväksi käytännöksi, joka vaatii vahvistamista. Iäkkäiden kuntoutujien sekä omaisten kotiutumiseen valmistautumista tulisi tulosten perusteella tukea vahvemmin.

Pitkäaikaissairaudet ja erilaiset toimintakyvyn rajoitteet yleistyvät iän myötä (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 15). Siksi on ymmärrettävää, että tuloksissa kotiympäristöön liittyi paljon kotiutumisen edellytyksiä sekä kotiutumista tukevia käytäntöjä. Kotikäynnillä tapahtuva kotiympäristössä toimisen ja apuvälinetarpeen arvioiminen on yksi yleisesti tunnustettu kotiutumista tukeva käytäntö (Perälä & Hammar 2003: 28).

Iäkkään kuntoutujan kotona asumisen avun tarpeita ja tukiverkostoja tulisi tarkastella kuntoutujan kokemuksellisesta näkökulmasta käsin. Kotona asumisen tukiverkostot voivat näyttäytyä ammattilaisen ja iäkkään kuntoutujan näkökulmasta erilaisina. (Rajaniemi & Sarvimäki 2005: 14–16.) Kuntoutujat toivat esille tässä tutkimuksellisessa kehittämissyöissä toiveensa siitä, että omainen tai palveluiden edustaja olisi kotona vastassa kotiutuessa. Kuntoutujien kokemaan tyytyväisyyteen kotiutumisen jälkeen onkin tutkittu vaikuttavan erityisesti se, että joku on kotona vastassa kotiutuessa ja kuntoutujien kokemus siitä, että he ovat saaneet riittävästi apua kotiin kunnallisista palveluista (Bragstad ym. 2012: 5). Rajapinnoilla tapahtuvat kotiutumista tukevat interventiot vähentävät sairaalan paluun todennäköisyyttä. Intervention toteutumisen sairaalaympäristössä sekä kuntoutujan kotiympäristössä kasvokkain on todettu olevan tehokkainta. (Parker ym. 2002:

17–18, 143.) Tämänkin tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa tuli esiin tarve kotiin saatavalle avulle kotiutumisen jälkeen.

Kuntoutustarpeen havaitseminen on tärkeää iäkkään kuntoutuja sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Kuntoutustarpeen tunnistamatta jäämisestä voi seurata suunnittelematon sairaalaan paluu ja tästä johtuen kokonaiskustannusten lisääntyminen. (Järvikoski 2013: 61.) Kuntoutumismahdollisuudet voisivat olla suuremmat, jos tukea ja apua kuntoutumiseen kotona myönnettäisiin jo varhaisemmassa vaiheessa toimintakyvyn heikkenemisen alkaessa. Kotiin saatavien apujen kehittämisessä haasteena on myös niiden vastaaminen tehokkaammin iäkkäiden itsensä kokemuksiin palvelutarpeisiin. Psykososiaalisen toimintakyvyn arviointi on jäänyt fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnin varjoon. (Voutilainen ym. 2007: 180–181.) Psykososiaalista tukea voidaan tämänkin tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella pitää merkittävänä kotona asumista tukevana tekijänä. Ammattilaisilta saatu tuki ja kannustus luo uskoa kotona selviytymiseen (Koponen 2003: 85).

Kotiutumispäivä tunnistettiin tuloksissa hyvin merkittäväksi. Kotiutumispäivänä tulee tukea kuntoutujan itseluottamusta kotona pärjäämiseen ja kiinnittää huomiota kotiutumisen toteutumiseen suunnittelun ajan puitteissa (Grimmer & Moss 2001: 113). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa kotiutumispäivänä tärkeäksi koettiin erityisesti kotiin kuljetuksen sujuvuus. Kotiutumispäivänä tulisi myös olla aikaa käydä vielä läpi kotiutumiseen liittyviä asioita. Lääkärin tapaaminen ennen kotiin lähtöä tukee sairaalasta kotiutumista.

Yksi kattavasti tunnustettu kotiutumisen suunnittelun hyöty on kalliiden sairaalapäivien väheneminen. Jos tässä säästöjen tarkastelussa keskitytään ainoastaan yhden organisaation säästöihin, saatetaan jättää huomioimatta nopeiden kotiutuksien vaikutukset muiden palveluiden käyttämiseen ja kuluihin puhumattakaan yksilön kokemista vaikutuksista omaan elämäänsä. (Grimmer & Moss 2001: 110.) Sairaalassa tehdyt päätökset vaikuttavat muihin kunnallisiin palveluihin, kuten esimerkiksi kotihoitoon. Yhden organisaation toiminnan ja tavoitteiden optimoinnista voi seurata haasteita muille verkoston toimijoille.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella kotihoidon ja sairaalan välisen yhteistyön tiivistämiselle on tarvetta. Tämä korostui erityisesti kotiutumisvaiheessa. Kotiutumisvaiheen suunnittelu vaatii tiivistä yhteistyötä kuntoutujalle tarpeellisten verkostojen,

kuten omaisten, kotihoidon, yksityisten palvelujen tuottajien ja kolmannen sektorin kanssa (Salmelainen 2008: 149). Verkostomaisessa toiminnassa asiakkaan tarpeita ja asiakkuutta tarkastellaan laajempaan kokonaisuuteen. Asiakasymmärrys muodostuu asiantuntijuuksien, toimintojen ja organisaatioiden näkökulmia yhdistettäessä ja rajoja ylittäessä. (Seppänen ym. 2012: 7, 11–12.) Yhteiset toimintakonseptit voivat tehostaa tavoitteellisten verkostojen yhteistyötä ja selkeyttää kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta (Seppänen ym. 2014: 33). Kotiutuminen on merkityksellinen vaihe organisaation näkökulmasta usean eri rajapinnan ylittävänä vaiheena. Kotiutumisen merkityksen iäkkäälle kuntoutujalle itselleen ei tulisi jäädä organisaation toiminnan jalkoihin. (Rajaniemi & Sarvimäki 2005: 9.)

Kotiutumisen turvallisuus ei korostunut tuloksissa erillisenä aiheena. Iäkkäiden kokemus turvattomuudesta voikin syntyä monista erilaisista tekijöistä, kuten yksinäisyydestä, muistisairauksien pelosta, saatavilla olevan avun riittämättömyydestä sekä fyysisistä sairauksista (Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohjelman päivitys 2018: 31–32). Turvallisuuden kokemuksen voidaan täten tulkita sisältyvän moniin kotiutumisen edellytyksiin ja kotiutumista tukeviin käytäntöihin. Tästä yhtenä esimerkkinä oli tarvittavien yhteystietojen saaminen.

...sitten tietysti turvallisesti hän antoi puhelinnumeron, johon soittaa jos jotakin tulee. Se turva, että siellä olisi joku, joka kuitenkin ymmärtää ja tulee vastaan.

Turvallisen kotona asumisen yhtenä edellytyksenä on iäkkään kuntoutujan koti- sekä lähiympäristön huomioiminen, sillä iäkkäiden tapaturmista suurin osa tapahtuu omassa kodissa (Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohjelman päivitys 2018: 16).

Minulla on hirveän paljon, ne laittoivat minulle näitä kahvoja seinään. Että silloin on niin kuin turvallista minusta kävellä siellä kotona, kun siinä oven pielessä tiesi, että tuosta minä saan kiinni ja se kestää.

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneet iäkkäät kuntoutujat edustivat osaston kuntoutujista parempikuntoisia. Kotiutumisen ollessa aiheena, osallistumisen kriteerinä kuntoutujilla oli kotiutuminen sairaalajakson tavoitteena. Iäkkäät kuntoutujat halusivat asua kotona niin pitkään kuin he pystyvät elämään siellä itselleen merkityksellistä elämää.

...minun mielestä se koti on, ainakin minulle se on niin tärkeä, että tietysti siellä niin kauan kuin suinkin jaksaa haluaa olla. Niin kauan kun pystyy itse tekemään ja olemaan siinä, ja kun saa tuollaista apua niin se on kyllä hyvä.

Kotona asumista ei tulisi jatkaa, mikäli iäkkäälle ei voida turvata hänen tarpeisiinsa vastaavia palveluja sekä inhimillistä ja turvallista arkea omassa kodissaan (Voutilainen ym. 2007: 182). Iäkkäillä elämänlaadun kokemus muodostuu koetusta terveydestä, toimintakyvystä, riittävästä toimeentulosta ja tyytyväisyydestä omaan asuinympäristöönsä (Vaarama & Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014a: 32). Mielekkään arjen tukemisen kautta kotona asumista voidaan tukea pitkäjänteisemmin.

Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi ja menetelmälliset ratkaisut

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä toteutui toimintatutkimukselle tyypillinen jatkuva reflektointi. Tutkimussuunnitelmaa tarkennettiin kehittämisprosessin edetessä ymmärryksen lisääntyessä ilmiöstä. (Heikkinen 2010: 36.) Tein tutkimussuunnitelmaan pieniä muutoksia myös kehittämisprosessin aikana tapahtuneiden odottamattomien tapahtumien vuoksi. Iäkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten yhteisessä yhteiskehittelyssä oli alun perin tarkoituksena pyrkiä muodostamaan yhteistä ymmärrystä kotiutumisen edellytyksistä ja kotiutumista tukevista käytännöistä. Edellisen aineiston keruun aineiston ollessa vain yhden kuntoutujan tuottama, viimeisessä yhteiskehittelyssä täydennettiin kotiutumista tukevia hyviä olemassa olevia ja tulevaisuudessa tarvittavia käytäntöjä.

Espoon sairaalan Akuutti -tuotantoyksikköön kuuluvalla osastolla 4 aineiston keruiden järjestämisessä oli odotetunlaisia haasteita. Sopivan ajankohdan valitseminen oli yksi haasteista. Aineiston keruut pyrittiin järjestämään sellaisina ajankohtina, että ne eivät mene päällekkäin esimerkiksi kuntoutujien tärkeiksi kokemien lääkärin kiertojen kanssa. Osastolla olevilla kuntoutujilla on kuitenkin paljon tutkimuksia ja sovittuja aikoja yksilölliseen hoitoon ja kuntoutukseen liittyen.

Ryhmäkeskustelu sopi menetelmäksi iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta kotiutumisen edellytyksiä tarkasteltaessa. Toimijuuden näkökulma tuki hyvin iäkkäiden kuntoutujien kokemuksellisen näkökulman selvittämiseen. Ryhmäkeskustelun runko tuki hyvin keskustelun ohjaamista haluttuun aiheeseen. Rungon hyödyntäminen tarkoituksenmukaisesti keskustelun lomassa edellytti minulta kuitenkin hyvää toimintaympäristön ja aihealueen tuntemusta. Ryhmäkeskustelun edetessä keskustelu lisääntyi iäkkäiden kuntoutujien välillä ja minun puheenvuoroni taas vähenivät (Eskola & Suoranta 1998: 98–99).

Tämän tulkitsemisen viittavan siihen, että kehittämistyöryhmään onnistuttiin luomaan avoin ilmapiiri ja kuntoutujille vertaisten kanssa kokemusten käsittely oli mielekästä. Kotiutumisen edellytysten yksilöllisyydestä huolimatta niiden kartoittaminen tuki kehittämistyön kokonaisuutta hyvin. Ryhmäkeskustelujen alustavasti analysoimani aineistot toimivat viikemateriaaleina seuraavissa aineiston keruissa.

Nykyään pyritään enenevässä määrin kuntoutujien osallistumiseen kuntoutustoiminnan kehittämiseen (Mäkinen 2014a: 8–9). Kuntoutujien ja ammattilaisten yhteiskehittelyllä pyrittiin tuottamaan käyttökelpoisia muutosehdotuksia sairaalan kotiutumista tukeviin käytäntöihin asiakkaiden kokemusperäistä tietoa sekä ammattilaisen työkokemusta ja teoriaosaamista hyödyntäen (Niskala & Kairala & Pohjola 2017: 9).

Kuntoutujien aktiivisuus osallistumiseen ei kuitenkaan näyttäytynyt yhtä vahvana kuntoutujien ja ammattilaisten yhteiskehittelyssä kuin kuntoutujien omissa aineistonkeruutalouksissa. Tämä herättääkin pohtimaan, eikö yhteiseen yhteiskehittelyyn onnistuttu luomaan yhtä avointa ilmapiiriä kuin aiempiin kehittämistyöryhmiin. Mahdollisesti sairaalaympäristön yhä vahva hierarkkisuus ja iäkkäiden kuntoutujien arvostus ammattihenkilöitä kohtaan vaikuttivat tähän. Yhteiskehittelyn alustuksessa tätä mahdollista hierarkkisuutta pyrittiin lievittämään korostamalla kaikkien arvokasta asiantuntijuutta sekä kuntoutujien että ammattilaisten erilaisten asiantuntijuuksien yhdistämisen hyötyjä.

Kuntoutujan roolin ja aseman muutos on prosessi, joka vaatii asenteiden muuttumista sekä ajattelu- että toimintatapojen uudistamista yksilöiden, yhteisöjen sekä organisaatioiden tasolla. Muutoksen tapahtuminen vie aikaa. (Mäkinen 2014a: 8–9.) Tämä oli ensimmäinen tässä toimintaympäristössä toteutettu iäkkäiden kuntoutujien ja ammattilaisten yhteinen yhteiskehittely. Yhteiskehittelyssä kaikkien tasavertaista osallistumista olisi voinut vahvistaa työskentelytavan toistuvuus samojen osallistujien kanssa tai kuntoutujien osallistumisen hyödyn käsittely työyhteisössä etukäteen. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi oli kuitenkin rajattava siten, että se oli ajallisesti toteutettavissa ja työyhteisössä yhtäaikaaisesti käynnissä olevat kehittämishankkeet oli otettava huomioon.

Hyvinvointipalveluiden kehittämisessä organisaatio- tai ammattikeskeisesti pyritään saavuttamaan ammattilaisten mahdollisimman tehokas ja tuloksellinen työskentely (Harra ym. 2017: 149). Espoon sosiaali- ja terveystalouksissa tällainen oman työn kehittäminen kuuluu jokaiselle ammattilaiselle (Sosiaali- ja terveystalouksien tarina 2016: 10). Am-

mattilaisten työstä on pyritty karsimaan hukkatyötä pois Lean-ajatteluun pohjautuen jatkuvan parantamisen keinoin. Tehostamisella pyritään esimerkiksi välittömän asiakastyön lisääntymiseen. (Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017: 7, 21, 41; Sosiaali- ja terveystalveluiden tarina 2016: 11, 24.) Hukan poistamisen seurauksena ammattilaisilla olisi enemmän aikaa työskennellä kuntoutujien kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa. Ammattilaisten kesken tapahtuvan kehittämisen tavoitteena on siis ollut myös hyvän tuottaminen kuntoutujille. Jatkuvan parantamisen tavoitteena on kuitenkin pikemminkin organisaation kehittäminen aiempaa paremmaksi kuin uuden luominen osallistumista ja yhdessä oppimista hyödyntäen (Heikkilä ym. 2015: 22–23).

Kehittäminen, jossa kuntoutujat ovat mukana ammattilaisten rinnalla, on ammattilaisille vielä varsin uutta. Ammattilaisten taholta koettiin kotiutumista tukevien käytäntöjen kehittäminen tärkeäksi. Kuntoutujien läsnäolon koettiin yhteiskehittelyssä kuitenkin osin rajoittavan kotiutumista tukevien käytäntöjen käsittelyä, sillä ammattilaisten fokus oli oman työn sellaisessa kehittämisessä, johon kuntoutujien ei olisi ollut mielekästä osallistua. Ammattilaisten työhön kuuluu toki myös tällaisia työtehtäviä, jotka eivät ole asiakasrajapinnalla (Harra ym. 2017: 149). Tätä yhteiselle kehittämiselle varattua tilaisuutta ei saatu aivan täysin hyödynnettyä niin kuin olin suunnitellut.

Ryhmäkeskustelujen aiheena olleet kotiutumisen edellytykset saattoivat olla kuntoutujille henkilökohtaisesti kotiutumista tukevia käytäntöjä kiinnostavampi aihe. Käytäntöjen kehittäminen on mahdollisesti koettu ammattilaisten työn kehittämiseksi. Kehittämistyöryhmiin osallistuminen ja yhteiskehittelymenetelmät ovat myös oletettavasti iäkkäille kuntoutujille vieraampia kuin ammattilaisille. Tämä asetti osallistujat jonkin verran eriarvoiseen asemaan. Iäkkäiden kuntoutujien vaihtuminen aina kehittämistehtävien välillä on myös huomioitava. Kuntoutujien hiukan erilaisena näyttäytynyt osallistuminen kehittämistyöryhmiin saattoi johtua osin myös eri kuntoutujien erilaisesta suhtautumisesta kehittämiseen.

Kehittämistoiminnassa sen luotettavuuteen vaikuttaa myös toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen prosessiin. Sitoutumisella on vaikutusta aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 2009: 124.) Kaikki osallistujat osallistuivat vain yhteen aineiston keruuseen. Tämä saattoi heikentää osallistujien sitoutumista kehittämisprosessiin. Luottamus ja sitoutuminen mahdollistavat moninaisten näkemysten esiin tuomisen sekä ideoiden jalostamisen laadukkaiksi, muokattavissa oleviksi ja tehokkaiksi palveluiksi tai prosesseiksi (Heikkilä ym. 2015: 23–26).

Kaikkien toimijoiden tulisi olla tasavertaisia kehittämistoiminnassa. Toimijoiden oletetaan työskentelevän samojen tavoitteiden eteen omista lähtökohdistaan ja erilaisine asiantuntemuksineen. Vastavuoroisuuden kautta on mahdollisuus syventää ymmärrystä ja synnyttää jotain uutta. (Toikko & Rantanen 2009: 90–93.) Tällaisen yhdessä kehittämisen onnistumiseksi tulisi kehittämiselle olla määritettynä yhdessä hyväksytyt tavoitteet. Saarisillan ja Heikkilän (2015) mukaan yhdessä kehittäminen vaatii perustakseen riittävän yhteisen ymmärryksen toimijoiden välille. Yhteinen ymmärryksen muodostumista mahdollistamaan tarvitaan vuorovaikutuksellisuutta tukevia rakenteita ja käytäntöjä. (Saarisilta & Heikkilä 2015: 5–6.)

Kehittämistyöryhmiin olisi voitu kutsua mukaan muitakin kotiutumisessa toimijoita, kuten esimerkiksi lääkäreitä, omaisia tai kotihoidon toimijoita. Kehittämisprosessin käynnistämässä koin hyödylliseksi ensimmäisen aineiston keruun toteutumisen vain iäkkäille kuntoutujille. Kehittämistyön edetessä muiden kotiutumisprosessissa toimijoiden mukaan tulo olisi voinut tuoda monipuolisempia näkökulmia ja kenties esimerkiksi konkreettisempia kotiutumista tukevia käytäntöjä liittyen rajapinnoilla tapahtuvaan yhteistyöhön. Omaisten läsnäolo olisi voinut tukea iäkkäiden kuntoutujien osallistumista viimeiseen yhteiskehittelyyn.

Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyys

Tutkimuksellista kehittämistyötä tehdessäni noudatin hyvää tieteellistä käytäntöä eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisesta niiden esittämiseen ja arviointiin. Muiden kirjoittajien teoksiin viitataan asianmukaisesti ja ohjeiden mukaisesti niitä hyödyntäessä. (Varantola & Launis & Helin & Spoof & Jäppinen 2012: 6.) Kehittämistyölle haettiin tutkimuslupa Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunnasta, Kehittämisen tulosalue Ketterästä ennen kehittämistyön aineiston keruun aloittamista.

Osallistujien ja minun välillä ei ollut sellaista riippuvuussuhdetta, joka olisi vaikuttanut mahdollisuuteen valita vapaasti osallistumisensa. Kehittämiseen osallistumisella tai osallistumatta jättämisellä ei ollut vaikutusta iäkkäiden kuntoutujien saamiin palveluihin. Yksityisyyden ja luottamuksellisuuden toteutumisesta huolehdittiin. (Eskola & Suoranta 1998: 55–56.) Iäkkäiden kuntoutujien osallistuminen edellytti sitä, että kuntoutuja oli kykenevä ymmärtämään mistä kehittämistyöryhmissä oli kyse ja antamaan pätevän suostumuksen osallistumiselleen. Erilaisten fyysisten tai kognitiivisten rajoitusten vuoksi

kaikkein huonokuntoisimmat ja iäkkäimmät kuntoutujat rajautuivat tästäkin tutkimuksellisesti kehittämistyöstä pois (Lumme-Sandt 2005: 125–127).

Esittelin jokaiselle kuntoutujalle kulloisenkin kehittämistyöryhmään osallistumisen henkilökohtaisesti. Tällöin osallistujat saivat varmasti kehittämisestä riittävät ja olennaiset tiedot etukäteen. (Eskola & Suoranta 1998: 55–56.) Esitin kutsun osallistumiselle vähintään edellisenä päivänä ja enintään kolme päivää aikaisemmin. Kuntoutujien kanssa käytiin tutkimushenkilötiedotteet läpi ja ne jäivät heille itselleen. Keskustelun perusteella suurin osa mukaan kutsutuista päätti halukkuudestaan osallistua jo keskustelun aikana. Muutama kuntoutuja jäi tämän ensimmäisen keskustelun jälkeen vielä harkitsemaan osallistumistaan ja ilmoitti siitä sovitusti ennen kehittämistyöryhmän toteutumista. Joitakin mukaan ilmoittautuneita kuntoutujia perui osallistumisensa ennen kehittämistyöryhmän toteutumista. Peruuntumisien mahdollisuus oli tiedostettu etukäteen kehittämistyön toteutuksessa sairaalassa. Iäkkäiden kuntoutujien omassa voinnissa tapahtuneet muutokset olivat suurin syy osallistumatta jättämiselle.

Iäkkäiden kuntoutujien osallistuminen tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön perustuu nykyiseen näkemykseen siitä, että kuntoutuksen tutkimuksessa tulisi osallistaa palveluiden käyttäjiä enemmän, tuoda aikaisempaa paremmin näkyväksi heidän näkökulmansa sekä kriittisesti arvioida heidän todellisia mahdollisuuksia osallisuuteen. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004: 26). Kuntoutujien näkemyksiä olennaisista vaikuttamiskohtaista heidän kuntoutumisen kannalta ei ole tutkittu riittävästi (Mäkinen 2014a: 10). Iäkkäiden kuntoutujien asiantuntijuutta tulisi hyödyntää palveluiden kehittämisessä nykyistä enemmän (Näslindh-Ylispangar 2012: 12).

Nykyisen ymmärryksen mukaan kuntoutuspalveluita tulisi siis kehittää nimenomaan kuntoutujien itsensä kanssa. Tulevaisuudessa asiakaslähtöisyys nähdään sosiaali- ja terveyspalveluissa nykyistä laajemmin. Asiakkaiden tulisi olla aktiivisia toimijoita, jotka osallistuvat palveluiden kehittämiseen ja arviointiin sekä vaikuttavat omiin palveluihinsa. (Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2018: 14.) Iäkkäiden omien tarpeiden ja näkökulmien selvittämiseen kohdistuvaa tutkimusta tarvitaan, jotta voidaan kehittää palveluita iäkkäiden tarpeisiin paremmin vastaaviksi (Vaarama & Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014b: 56). Yhdessä tekemisen kautta iäkkäiden ääni kuuluu kaikessa kehittämisessä ja päätöksenteossa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017: 13).

Kuntoutujat kokivat kehittämiseen osallistumisen hyvin tarpeelliseksi ja osallistumaan kutsumisen vastaanotto oli pääosin innostunutta. Iäkkäille on tärkeää tulla kohdatuiksi autonomisena yksilönä ja aikuisena, ja he voivat kokea jo osallistumiseen kutsumisen itsessään arvokkaaksi (Lumme-Sandt 2005: 128, 136). Osallistuminen itseä koskevien asioiden suunnitteluun voi olla myös itseisarvoista (Toikko & Rantanen 2009: 90–91).

Ammattilaisille kutsu osallistumiseen lähetettiin sähköpostilla kaikille osastolla työskenteleville hoito- ja kuntoutusalan ammattilaisille. Sähköpostin liitteenä oli tutkimushenkilötiedote. Kaikilla ammattilaisilla, jotka osallistuivat, oli mahdollisuus kysyä tarkempia tietoja minulta henkilökohtaisesti ennen kehittämistyöryhmää. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Ammattilaisista kaikki mukaan ilmoittautuneet osallistuivat. Kaikilta osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 5) osallistumiseen ennen kunkin aineiston keruun aloittamista. Suostumus allekirjoitettiin kahtena kappaleena, joista toinen jäi osallistujalle itselleen. Kukaan osallistujista ei jättäytynyt pois aineiston keruun toteuduttua.

Osallistujia puhuteltiin kehittämistyöryhmissä etunimillä. Kuntoutujilta ei kerätty muita tunnistetietoja aineistojen keruiden yhteydessä. Ammattilaisten osalta kerättiin ainoastaan hoitohenkilöstöön ja kuntoutushenkilöstöön kuuluvien osallistujien lukumäärä. Kehittämiseen osallistujilta ei kysytty mitään kehittämistehtäviin liittymätöntä. Käsittelin aineiston henkilökohtaisesti ja huolehdin anonymiteetin säilymisestä myös tulosten esittelyssä valmiissa raportissa (Toikko & Rantanen 2009: 128–129). Yhdistin toisen kehittämistehtävän aineistot, jotta ainoana kuntoutujana tulevaisuusverstaaseen osallistuneen kuntoutujan yksilöllisyyden säilyminen voitiin varmistaa.

Aineistot hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksellisen kehittämistyön päätyttyä. Kehittämistyöryhmissä tuotetut paperiset materiaalit valokuvasin heti kehittämistyöryhmien päätyttyä. Valokuvaamisen jälkeen laitoin ne sairaalan tietosuojajätteeseen. Sähköiset materiaalit eli nauhoitetut aineistot ja valokuvatut tuotokset poistin henkilökohtaiselta salasanalla suojatulta tietokoneeltani työn valmistuttua.

Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi on pyritty kuvaamaan tarkasti ja perustelemaan tehdyt valinnat. Työstin aineiston analyysiä vaiheittain pyrkien säilyttämään mahdollisimman paljon alkuperäistä ilmaisua. Aineiston analyysissä tarvittaessa litteroituihin aineistoihin palaamisella pyrin varmistamaan analyysin aineistolähtöisyyden. Aineiston

analyysin läpinäkyvyyden vuoksi raportin liitteenä (liite 7) on näytteenä ensimmäisen kehittämistehtävän aineiston analyysi kokonaisuudessaan.

Tutkimuksellisen kehittämistyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä Espoon sairaalassa. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että Espoon sairaalassa on paljon kotiutumista tukevia käytäntöjä. Hyvien olemassa olevien ja tulevaisuudessa tarvittavien käytäntöjen välillä oli paljon yhtäläisyyksiä. Kaikki hyviksi käytännöiksi tunnistetut eivät toteudu säännönmukaisesti tai niissä on yhä parannettavaa.

Kaikkien aineistojen tulosten välillä oli yhtäläisyyksiä muiden aineistojen tulosten kanssa. Tämän voidaan tulkita viittaavan aineiston osittaiseen kylläntymiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009: 87–88). Pienehkön osallistujamäärän vuoksi tulokset kuvaavat kuitenkin paikoitellen hyvin yksilöllisiä kokemuksia, tarpeita ja toiveita. Kokemukset kotiutumista tukevista käytännöistä ja erityisesti iäkkäiden kuntoutujien kuvaamat kotiutumisen edellytykset ovat kuitenkin niin yksilöllisiä, että huomattavasti suuremallakaan aineistolla ei päästäisi täydelliseen kylläntymiseen.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa on varmasti paljon asioita, jotka tunnistetaan yleisesti ottaen tärkeiksi kotiutumisessa. Iäkkäiden ryhmän sisällä (yli 65-vuotiailla) on kuitenkin tutkittu olevan erilaisia painotuksia ikäryhmittäin ja sukupuolien välillä elämänlaadun ulottuvuuksien koetussa tärkeydessä (Vaarama ym. 2014b: 56). Iäkkäitä tulee varoa kohtelemasta yhtenä homogeenisenä ryhmänä, sillä iäkkäiden kokemukset vanhenemisesta ja vanhuudesta ovat yksilöllisiä (Lumme-Sandt 2005: 125–127). Iäkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumiseen liittyvissä tutkimuksissa huonokuntoisimmat rajautuvat pois, joten tutkimusten yleistettävyyteen koskemaan kaikkia iäkkäitä kuntoutujia tulee senkin vuoksi suhtautua varauksella (Parker ym. 2002: 144).

Sairaalasta kotiutumista on tutkittu ja kehitetty varsin paljon, mutta toimintaympäristöjen muuttuessa tarvetta muutosten vaikutusten selvittämiselle on yhä uudelleen. Heikkisen (2010) mukaan toimintaympäristön jatkuva muuttuminen edellyttää käytäntöjen jatkuvaa kehittämistä. Nopeidenkin muutosten vuoksi kehittämistä tulisi tehdä aidoissa toimintaympäristöissä, jotta kehittäminen vastaisi sen hetkisiin tarpeisiin. Toimintaympäristön jatkuvan muuttumisen ja kehittymisen vuoksi toimijat oppivat uutta jatkuvasti toimintaympäristössä toimiessaan. Tätä toimijoiden osaamista tulee hyödyntää kehittämisessä.

(Heikkinen 2010: 28–29.) Asiakkaiden palveluiden kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin osallistumisen yhtenä tavoitteena on kyetä joustavasti vastaamaan asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin (Saarisilta & Heikkilä 2015: 5–6).

Kehittämisen pitäisi toteutua yhä vahvemmin osana toimintaympäristön arkea. Aiheet voisivat olla konkreettisempia ja tarkemmin rajattuja, jotta sekä ammattilaisten että kuntoutujien olisi helpompaa sitoutua osallistumaan. Kuntoutujien kohdalla henkilökohtaisesti koskettava aihe on tärkeä motivaatiotekijä osallistumiselle. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin perusteella iäkkäille kuntoutujille motivoivampaa on kuvata omia kokemuksiaan kuin osallistua kotiutumisen kehittämiseen laajemmasta näkökulmasta.

Kehittäjäkumppanuuden onnistumiseen vaikuttaa myös kuntoutujien halu ja kyky osallistua sekä heille annettu rooli ja asema kehittämisessä. Ammattilaisten tulisi luoda otolliset olosuhteet kuntoutujien tasavertaiselle osallistumiselle kehittämiseen. Kehittämistoimintaan osallistumisen mielekkyydestä päättää kuitenkin kukin kuntoutuja itse. (Harra ym. 2017: 151–152.) Kuntoutujilta itseltään voisi kysyä, millaiseen kehittämiseen ja miten he haluaisivat osallistua.

Millaisena iäkkään kuntoutujan rooli ja asema sairaalassa näyttäytyivät tämän tutkimuksellisen kehittämistyön perusteella? Kehittämistyöryhmissä iäkkäistä kuntoutujista puhuttaessa käytetyin käsite oli potilas tiedotteissa ja alustuksissa käytetystä kuntoutuja-käsitteestä huolimatta. Potilas-käsitettä käyttivät sekä iäkkäät kuntoutujat itse että ammattilaiset. Järvikosken (2013: 7) mukaan kuntoutuksen muuttumista voidaan tarkastella käsitteiden kautta. Käsitteet auttavat luomaan yhteistä näkemystä todellisuudesta ja niiden määrittely vaikuttaa ihmisten ajatteluun sekä toimintaan (Virtanen ym. 2011: 15). Potilas-käsitteellä on pitkät perinteet sairaalassa. Kuntoutuja-käsitteen voidaan kuitenkin ajatella tukevan iäkkään kuntoutujan aktiivisuutta paremmin kuin potilas-käsitteen. Virtasen (2011: 15) mukaan ongelmia syntyy käsitteiden erilaisista tulkinnoista.

Sosiaali- ja terveyspalveluita uudistetaan ja muutoksessa tavoitellaan siirtymistä uudelle tasolle asiakkaiden aseman suhteen (Niskala ym. 2017: 7–8). Historiallisesti asiakkaat on pitkään nähty sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluiden kohteena ja hoidettavina. Terveystieteidenhuollossa potilas-käsite on edelleen vallalla. (Pohjola 2017: 309.) Iäkkäiden kuntoutujien monet aiemmat kokemukset terveydenhuollosta ovat voineet kuvastaa tällaista käsitystä asiakkaasta.

Kuntoutujat kuvasivat itseään tuloksissa aktiivisina toimijoina kotiympäristössä toimimisesta ja kotona asumisesta puhuttaessa. Tämänkin tutkimuksellisen kehittämistyön perusteella oma koti tukee iäkkään kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja aktiivista toimijuutta. Sairaalaympäristössä toimittaessa kuntoutujat eivät kuvanneet itseään yhtä aktiivisina toimijoina. Sairaalassa toimittiin pikemminkin organisaation ehdoilla. Pikkaraisen ja Koivulan (2018) mukaan iäkkäiden kuntoutujien kokemuksia laitospuolesta IKKU-ryhmäkuntoutusta tutkittaessa kävi ilmi, että osa kuntoutujista sopeutui kuntoutuslaitoksen ehtoihin. Asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi iäkkäällä kuntoutujalla tulisi kuitenkin olla mahdollisuus määritellä itsensä kuntoutujana sekä tehdä valintoja ja päätöksiä kuntoutuksensa suhteen. Iäkkään kuntoutujan ymmärrys ja tieto kuntoutuksen rakenteellisista elementeistä lisää kuntoutujan mahdollisuutta olla aktiivinen toimija omassa kuntoutusprosessissaan. (Pikkarainen & Koivula 2018.)

Sairaalassa tulisi tehokkaammin keskustella iäkkäiden kuntoutujien kanssa sairaalajakson osuudesta kuntoutumisprosessissa sekä siitä, mitä heiltä odotetaan sairaalajakson aikana. Yhteistä ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä sairaalassa ja kuntoutujan aktiivisesta roolista kuntoutumisessa ja kotiutumisessa tulee luoda. Espoon sairaalassa on tehty kuntoutujille ja omaisille tarkoitetut esitteet sairaalajakson tavoitteista ja omaisten tuesta kuntoutumiselle. Esitteet on tehty organisaation näkökulmasta, niiden jatkokehittäminen iäkkäiden kuntoutujien ja omaisten kanssa voisi lisätä esitteiden hyödynnettävyyttä sairaalan arjessa.

Espoon sosiaali- ja terveystalouden strategiassa tavoitteiksi on asetettu muun muassa palvelun laadun, vaikuttavuuden ja turvallisuuden kehittäminen, palveluiden hyödyllisyys asiakkaille sekä asiakkaan osallistuminen palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tavoitteena on nostaa laatu ja turvallisuus eurojen ja suoritteiden rinnalle tai jopa niiden ohi. (Sosiaali- ja terveystalouden tarina 2016: 8–11.) Palveluiden laatua tulisi tarkastella vahvemmin asiakkaan näkökulmasta. Pyrkimyksessä palveluiden laadun kehittämiseen tulisi huomioida myös kuntoutujien kokemukset palveluiden hyödyistä heidän näkökulmastaan. Palveluilla ei ole itseisarvoa, vaan niiden arvo määrittyy suhteessa palveluiden käyttäjien kokemaan hyötyyn palvelusta (Harra ym. 2017: 149).

Toimintakulttuuriin muuttuminen edellyttää rohkeutta lähteä kokeilemaan uusia toimintatapoja. Muuttuminen edellyttää systemaattista työskentelyä ja sitoutumista, mutta toisaalta liikkeelle voi lähteä myös hyvin pienestä. Asiakkaiden osallistuminen madaltaa jatkossa kynnystä hyödyntää asiakkaiden osallistumisen mahdollistavia toimintatapoja.

(Sihvo ym. 2018: 36, 47.) Toimintakulttuurin muuttumisen hitaudesta kertoo myös se, että muutoksen tarve on tunnistettu aiemmissakin Espoon sairaalan tehdyissä kehittämistöissä, mutta se on yhä ajankohtainen aihe. Toimintakulttuurin muuttumiseksi tarvitaan konkreettisia tekoja eikä vain retoriikkaa.

Asiakkaan roolin muuttumiseen pyritään vahvasti, mutta muutoksen siirtyminen käytäntöön tapahtuu kuitenkin hitaasti (Niskala ym. 2017: 7–8). Palveluiden kehittämiseksi niukkenevat resurssit huomioiden ja kuntoutujien vahvemman osallistumisen mahdollistamiseksi tarvitaan yhteiskehittelyn kaltaisia menetelmiä. Julkisen sektorin organisaatioissa tällaisen toimintatavan toteuttaminen vaatii usein organisaatiokulttuurin muutosta sekä rohkeutta ryhtyä pohtimaan uudenlaisia ratkaisuja. (Tuulaniemi 2015: 106–109.) Asiakkaan pääseminen kehittäjän ja vaikuttajan rooliin edellyttää usein yhteiskehittelyä (Niskala ym. 2017: 8). Espoon sairaalan hoidon ja kuntoutuksen edelläkävijyys -tavoitteen vuoksi kehittämistä tulisi pyrkiä tekemään yhteiskehittelyllä nykyistä enemmän. Asetettujen tavoitteiden saavuttaminen vaatii uusia toimintatapoja, joilla voidaan lisätä kuntoutujien osallistumismahdollisuuksia.

Asiakkaiden osallistumisen edistämiseksi henkilöstön tulee saada koulutusta yhteiskehittelyn menetelmiin sekä vuorovaikutukseen asiakkaiden kanssa (Sihvo ym. 2018: 36, 60). Tarvitaan uudenlaista osaamista, joka mahdollistaa yhteiskehittelyn erilaisia rajapintoja ylittäen. Heikkisen (2010) mukaan osaamisen kehittämisessä vuorovaikutus muiden kanssa on olennaista. Oppimista tapahtuu, kun hiljaista tietoa ja osaamista pyritään saanoittamaan ja keskustelemaan siitä erilaista osaamista omaavien henkilöiden kanssa (Heikkinen 2010: 34–35.)

Kehittämistoiminnan tuotokset ja tulokset ovat aina jossain määrin kontekstisidonnaisia (Toikko & Rantanen 2009: 124–126). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena syntynyt kuvausta iäkkäiden kuntoutujien sairaalasta kotiutumisen ydintekijöistä voidaan hyödyntää Espoon sairaalassa viitekehyksen tapaan. Tutkimuksellista kehittämistyötä voidaan hyödyntää koko sairaalan kattavien geriatrisen kuntoutujan asiakkuuden sekä kotiutuksen mallin toimintaohjelmien kehittämisessä. Tutkimuksellisen kehittämisen tuloksia ja tuotosta voidaan hyödyntää soveltaen myös muissa sairaaloissa.

Lähteet

Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko 2012. Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme – Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes. 193–207. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1>. Luettu 20.2.2018.

Autti-Rämö, Ilona & Mikkelsen, Marja & Lappalainen Tiina & Leino, Eeva 2016. Ta-voitteen asettaminen. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Raja-vaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporrti.fi/op/ktm00028/do>>. Luettu 16.2.2018.

Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa 2016a. Kuntoutustoimenpiteiden muuttunut rooli kuntoutumisessa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Raja-vaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporrti.fi/op/ktm00004/do>>. Luettu 16.2.2018.

Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa 2016b. Kuntoutuksen haasteet tulevassa sote-järjestelmässä. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Raja-vaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporrti.fi/op/ktm00005/do>>. Luettu 16.2.2018

Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa 2016c. Kuntoutuksesta kuntoutumisen käsitteeseen. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporrti.fi/op/ktm00003/do>>. Luettu 10.11.2018.

Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa 2018. Kohdentuuko kuntoutus oikein? Seminaariesitys, Kuntoutuksen tutkimusseminaari – Yhdenvertaisuus kuntoutuksessa 22.11.2018, Kutke ry. Seminaariesityksen diasarja saatavana osoitteessa: <https://www.kutke.fi/hscms/uploads/pdf/kohdentuuko%20kuntoutus%20oikein_Autti-R%C3%A4m%C3%B6%20ja%20Salminen-lyhennelm%C3%A4.pdf>. Luettu 26.11.2018.

Bragstad, Line Kildal & Kirkevold, Marit & Hofoss, Dag & Foss, Christina 2012. Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over. International Journal of Integrated Care. 12 (4). 1–10. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287325/>>. Luettu 10.5.2018.

Burke, Kathleen G. & Doody, Owen 2012. Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. Nursing Older People. 24 (2). 33–38.

Carroll, Áine & Dowling, Maura 2007. Discharge planning: communication, education and patient participation. British Journal of Nursing. 16 (14). 882–886.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere: Vastapaino.

Espoo-tarina 2017. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.es-poo.fi/fi-FI/Espoon_kaupunki/Paatoksenteko/Espootarina>. Luettu 5.10.2017.

Espoon sairaala n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.es-poo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Espoon_sairaala>. Luettu 25.11.2017.

Espoon sairaala – toiminnallinen suunnitelma 2017. Versio 1.1. 10.2.2017. Saatavana osoitteessa: <<http://espoo05.hosting.documenta.fi/kokous/2017404631-4-1.PDF>>. Luettu 30.9.2017.

Espoon sairaalan arvot n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.es-poo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Espoon_sairaala/Tietoa_Espoon_sairaalasta/Arvot>. Luettu 13.10.2017.

Euramo, Laura 2016. Osallisuutta arjen toimissa vahvistava kuntoutus. AVH-kuntoutuksen kehittäminen Espoon sairaalassa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma (YAMK). Saatavana osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118792/Euramo_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 12.1.2018.

Foss, Christina & Askautrud, Marianne 2010. Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24 (1) 46–55.

Gonçalves-Bradley, Daniela C. & Lannin, Natasha A. & Clemson, Lindy M. & Cameron, Ian D. & Shepperd, Sasha 2016. Discharge planning from hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 (1). Julkaistu 27.1.2016. 1–103. Saatavana osoitteessa: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/information>>. Luettu 1.11.2018.

Grimmer, Karen & Moss, John 2001. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (2). 109–116.

Harra, Toini & Sipari, Salla & Mäkinen, Elisa 2017. Hyvää tahtova hyvinvointipalvelujen kehittäjäkumppanuus. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino. 147–164.

Heikkilä, Johanna & Jantunen, Sami & Mäkelä, Tapio & Naaranoja, Marja & Piippo, Jukka & Saarisilta, Jaana & Sankelo, Merja & Sinervo, Timo & Tuomivaara, Seppo 2015. Osallistuvan innovaatiotoiminnan johtamisen tutkimushanke. Teoksessa Saarisilta, Jaana & Heikkilä, Johanna (toim.): Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatio-toiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Osuva-tutkimushankkeen loppuraportti. Raportti 4/2015. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. 21–32. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/handle/10024/125768>>. Luettu 11.11.2017.

Heikkinen, Hannu L. T. 2010. Toimintatutkimus –Toiminnan ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 214–229.

Heikkinen, Hannu L. T. & Kontinen, Tiina & Häkkinen, Päivi 2010. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa Heikkinen, Hannu L. T. & Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura. 39–76.

Henriksson, Jaana & Hirvonen, Marja-Riitta & Kuutama, Sylvia & Laakso, Christina & Lacho, Akvaliina & Liikka, Päivi & Mikkola, Tuula & Parviainen, Erja & Punsä, Päivi & Rantala-Nenonen, Katriina & Reijonen, Merja & Risku, Susanna & Rossi, Saara & Sumusalo, Petteri & Säisä-Winter, Pirjo & Valkama, Ulla 2012. Onnistunut kotiutuminen: työskentelyä rajojen yli ja rajapinnoilla. Teoksessa Reijonen, Merja & Harra, Toini & Immonen, Sirpa & Marjamäki-Kekki, Minna (toim.): Yhteiset asiakkaat. Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Taito-Työelämäkirjat 4. 43–82. Saatavana osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131474/taito_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 12.1.2018.

Hietala, Outi 2016. Kokemusasiantuntija kuntoutumisen tukena; Johdanto. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporssi.fi/op/ktm00240/do>>. Luettu 16.2.2018.

Horelli, Liisa & Kaaja, Mirkka n.d. 10 Tulevaisuusverstaas. Aalto-yliopisto. Saatavana osoitteessa: <http://maa.aalto.fi/fi/midcom-serveattachmentguid-1e4d22e3517c354d22e11e4b6b50138f6bf6d716d71/10_tulevaisuusverstaas.pdf>. Luettu 15.5.2018.

Hyvät käytännöt n.d. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 9.10.2018. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johdaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/hyvat-kaytannot>>. Luettu 20.10.2018.

Härkäpää, Kristiina & Valkonen, Jukka & Järvikoski, Aila 2016. Kuntoutuja ja muiden osapuolten sitoutuminen kuntoutukseen. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporssi.fi/op/ktm00039/do>>. Luettu 16.2.2018.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi n.d. Kehittämistyön menetelmiä 2006/2012. Osa 3, vaikutusten ja vaihtoehtojen tunnistamismenetelmiä 2014. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <<https://thl.fi/documents/10531/152020/menetelmatosa3.pdf>>. Luettu 22.4.2018.

Jeglinsky-Kankainen, Ira & Kukkonen, Tarja 2016. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporssi.fi/op/ktm00244/do>>. Luettu 16.2.2018.

Juntunen, Kristiina 2016. Työikäisten ja ikääntyvien kuntoutujien erityiskysymyksiä. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporssi.fi/op/ktm00253/do>>. Luettu 13.11.2018.

Jyrkämä, Jyrki 2003. Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa: Marin Marjatta & Hakonen Sinikka (toim.): Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-Kustannus. 94–103.

Jyrkämä, Jyrki 2006. Vanhukset toimijoina – vanhusten läsnäolo ja osallisuus tutkimuksessa. Teoksessa: Topo, Päivi (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Työpapereita 21/2006. Helsinki: Stakes. 14–19. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77099/T21-2006-VERKKO.pdf>>. Luettu 16.11.2017.

Jyrkämä, Jyrki 2007a. Toimintakyky ja toimijuus – sosiaaligerontologian näkökulma. Teoksessa Martelin, Tuija & Kuosmanen, Noora (toim.): Ikääntyminen ja toimintakyky: Haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos. 31–35. Saatavana osoitteessa: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78119/2007b24.pdf?sequence=1>>. Luettu 14.11.2017.

Jyrkämä, Jyrki 2007b. Toimijuus ja toimintatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-Kustannus. 195–218.

Jyrkämä, Jyrki 2012. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme – Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes. 153–160. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1>. Luettu 3.12.2017.

Jyrkämä, Jyrki 2016. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 3.–4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 421–425.

Jäppinen, Tuula & Sallinen, Sini 2012. Kuntalainen palvelujen kehittäjänä. Uudistuva kunta -sarja. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavana osoitteessa: <http://shop.kuntat.net/product_details.php?p=2762>. Luettu 14.2.2018.

Järviskoski, Aila 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 4.11.2018.

Järviskoski, Aila & Härkäpää Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kehusmaa, Sari & Mäkelä, Matti & Heikkilä, Rauha 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2018. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 3.11.2018.

Koponen, Leena 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substaanssiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 1.11.2018.

Kotikuntoutus aloittaa toimintansa 5.3.2018. Kotihoidon päällikkö 2.2.2018. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana ainoastaan Espoon kaupungin sisäisissä työtiloissa. Luettu 30.3.2018.

Kotiutuminen Espoon sairaalasta n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Espoon_sairaala/Potilaille_ ja_ laheisille/Kotiutuminen>. Luettu 2.12.2017.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114243/Kuntoutuksen_tutkimuksen_kehittamisohjelma_fi.pdf?sequence=1>. Luettu 17.9.2017.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Luettu 10.11.2017.

Kuntoutus Espoon sairaalassa n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Espoon_sairaala/Potilaille_ ja_ laheisille/Kuntoutus>. Luettu 22.10.2017.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114250/kselte02.pdf?sequence=1>>. Luettu 16.9.2017.

Laaksonen, Saara & Koskinen, Sanna & Salminen, Leena 2011. Teoksessa Junnila, Riina & Koskinen, Sanna & Stolt, Minna & Salminen, Leena (toim.): Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A62. Turku: Turun yliopisto. 38–49.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1>. Luettu 11.11.2017.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 1.11.2018.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>>. Luettu 7.10.2017.

Lumme-Sandt, Kirsi 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvaara, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 125–144.

Lyytikäinen, Matti & Rysti, Maria & Savikko, Niina & Viljamaa, Seija 2016. Täyttä elämää ikääntyneenä. Suunnitelma Espoon ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi 2016–2021. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2016. Espoo: Espoon kaupunki.

Saatavana osoitteessa: <<https://docplayer.fi/732317-Taytta-elamaa-ikaantyneena-es-poon-ikaantymispoliittinen-ohjelma-2009-2015.html>>. Luettu 18.10.2017.

Mäkinen, Elisa 2014a. Kuntoutuksen uusi asema. Teoksessa Sipari, Salla & Mäkinen, Elisa & Paalasmaa, Pekka (toim.): Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Aatos-artikkelit 13. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. 61–64. Saatavana osoitteessa: <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS_13_Kuntoutettavasta_kehittajakumppaniksi.pdf>. Luettu 8.10.2017.

Mäkinen, Elisa 2014b. Kokonaiskuva kuntoutujasta vahvistuu. Teoksessa Sipari, Salla & Mäkinen, Elisa & Paalasmaa, Pekka (toim.): Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Aatos-artikkelit 13. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. 61–64. Saatavana osoitteessa: <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS_13_Kuntoutettavasta_kehittajakumppaniksi.pdf>. Luettu 8.10.2017.

Niskala, Asta & Kairala, Maarit & Pohjola, Anneli 2017. Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosi- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino. 7–12.

Näslindh-Ylispaangar, Anita 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Ohjeita tutkimusluvan hakijalle n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.espoo.fi/fi-FI/Asioi_verkossa/Muut_palvelut/Tutkimusluvut>. Luettu 20.1.2018.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paasivaara, Leena 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Kankare, Harri & Lintula, Hanna (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Tammi. 19–34.

Palonen, Mira 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Saatavana osoitteessa: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 2.11.2018.

Parker, Sam G. & Peet, Susan Margaret & McPherson, Amy & Cannaby, Ann Marie & Abrams, Keith & Baker, Richard & Wilson, Aruni & Lindesay, James & Parker, Gordon & Jones, David Rees 2002. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technology Assessment 6 (4) 1–183.

Perälä, Marja-Leena & Hammar, Teija 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29/2003. Helsinki: Stakes. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1>>. Luettu 12.11.2017.

Pikkarainen, Aila 2013. Ikääntyneiden aikuisten kuntoutusarki. Monialaisen gerontologisen kuntoutuksen perusteet IKKU-hankkeen toimintatutkimuksen kautta kuvattuna. Kuntoutus. 36 (1). 5–20. Saatavana osoitteessa: <https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/tiet_art_pikkarainen_1_2013.pdf>. Luettu 18.3.2018.

Pikkarainen, Aila & Koivula, Riitta 2018. Eletty kuntoutus ja koettu kuntoutuminen – ikääntyneiden kuntoutustoimijuuden rakentuminen. Seminaariesitys Kuntoutussäätiön Kuntoutuspäivillä 8.6.2018. Seminaariesityksen diasarja saatavana osoitteessa: <https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2018/06/Pikkarainen_Koivula_Eletty_kuntoutus2_KP18.pdf>. Luettu 23.11.2018.

Pikkarainen, Aila & Pyöriä, Outi & Savikko, Niina 2016. Ikääntyneen kuntoutujan erityispiirteet. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiporrti.fi/op/ktm00028/do>>. Luettu 19.3.2018.

Pohjola, Anneli 2017. Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala, Asta (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa. Tampere: Vastapaino. 308–325.

Potilaille ja läheisille n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana osoitteessa: <http://www.espool.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveystalvet/Terveystalvet/Espoon_sairaala/Potilaille_ ja_ laheisille>. Luettu 19.10.2017.

Pöyry, Päivi & Perälä, Marja-Leena 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76827/Aiheita18-2003.pdf?sequence=1>>. Luettu 16.11.2017.

Rajaniemi, Jere & Sarvimäki, Anneli 2005. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Helsingin kaupungin kotiinkuntoutusyksiköiden arviointia. Raportteja 1/2005. Helsinki: Ikäinstituutti. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/02/Rap-1-2005-Kotiinkuntoutus-PDF.pdf>>. Luettu 2.11.2018.

Ratkaisujen Suomi 2015. Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta. Helsinki: Valtioneuvosto. Saatavana osoitteessa: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e>. Luettu 8.10.2017.

Rubin, Anita n.d. Tulevaisuusverstaas. TOPI – tulevaisuudentutkimuksen oppimateriaali. Tulevaisuuden tutkimuskeskus, Turun kauppakorkeakoulu, Turun yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<https://tulevaisuus.fi/metetelmat/skenaariotyoskentelyn-sovelluksia/osallistavat-menetelmat/tulevaisuusverstaas/>>. Luettu 21.9.2018.

Saarisilta, Jaana & Heikkilä, Johanna 2015. Tiivistelmä. Teoksessa Saarisilta, Jaana & Heikkilä, Johanna (toim.): Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveystalan muutoksessa. Osuva-tutkimushankkeen loppuraportti. Raportti 4/2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 4–6. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125768/URN_ISBN_978-952-302-433-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 11.11.2017.

Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo 2016. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 3.–4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 50–65.

Salmelainen, Ulla 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Saatavana osoitteessa: <<https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Salmelainen%2C%20U.+2008.+Tiedon+v%C3%A4littyminen+ja+rakentuminen+kuntoutuksessa..pdf/9a7f5c64-213a-43ee-88d1-5d9ac9ce4c60>>. Luettu 19.2.2018.

Seppänen, Laura & Schaupp, Marika & Toiviainen, Hanna & Ala-Laurinaho, Arja & Heikkilä, Heli & Kira, Mari & Korpelainen, Eija & Lallimo, Jiri & Ruotsala, Riikka & Uusitalo, Hanna 2012. Palveluverkostojen asiakasymmärryksen tutkimuslähtökohtia. Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE, Tutkimusraportteja 13. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134892/palveluverkostojen%20asiakasymm%C3%A4rryksen%20tutkimus%C3%A4ht%C3%B6kohtia.pdf?sequence=1>>. Luettu 12.11.2017.

Seppänen, Laura & Heikkilä, Heli & Kira, Mari & Lallimo, Jiri & Ruotsala, Riikka & Schaupp, Marika & Toiviainen, Hanna & Uusitalo, Hanna & Ala-Laurinaho, Arja 2014. Palveluverkostojen muuttuvat toimintakonseptit: Asiakasymmärrys, välineet ja työhyvinvointi verkostoyhteistyössä. Tietoa työstä julkaisusarja. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132320/Palveluverkostojen%20muuttuvat%20toimintakonseptit.pdf?sequence=2>>. Luettu 12.11.2017.

Sihvo, Sinikka & Isola, Anna-Maija & Kivipelto, Minna & Linnanmäki, Eila & Lyytikäinen, Merja & Sainio, Salla 2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Luettu 15.11.2018.

Sipari, Salla 2014. Hybridit kuntoutusverkot. Teoksessa Sipari, Salla & Mäkinen, Elisa & Paalasmaa, Pekka (toim.): Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Aatos-artikkelit 13. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. 66–71. Saatavana osoitteessa: <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS_13_Kuntoutettavasta_kehittajakumppaniksi.pdf>. Luettu 19.2.2018.

Sipari, Salla & Mäkinen, Elisa 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Aatos-artikkelit 6/2012. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <https://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/TK/Julkaisut/pdf/AATOS_6_2012_Sipari_Makinen.pdf>. Luettu 5.11.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2018. Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi. Valtioneuvoston julkaisusarja 22/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160904/22_TUKA_STM_WEB.pdf>. Luettu 5.11.2018.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarina 2016. Turvallisesti kotona – Arvoa asiakkaalle ja hukka pois. Espoo: Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi. Saatavana osoitteessa:

<http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Julkaisut_ ja_ tilastot/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelujen_ kehittaminen>. Luettu 6.9.2018.

Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2018. Espoo: Espoon kaupunki. Hyväksytty sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouksessa 22.3.2018. Saatavana osoitteessa: <[https://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Tietoa_ meista/Julkaisut/Sosiaali_ ja_ terveystoimen_ julkaisuja\(11402\)](https://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Tietoa_ meista/Julkaisut/Sosiaali_ ja_ terveystoimen_ julkaisuja(11402))>. Luettu 12.10.2018.

Syvänen, Sirpa 2004. Vanhuksen ääni kuului – kokemuksia vanhainkodin kehittämishankkeesta. Teoksessa Kankare, Harri & Lintula, Hanna (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 57–72.

Tervetuloa Kotiutuspalveluun! n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana ainoastaan Espoon kaupungin sisäisissä työtiloissa. Luettu 30.3.2018.

Tervetuloa Kuntouttavalle arviointijaksolle! n.d. Espoo: Espoon kaupunki. Saatavana ainoastaan Espoon kaupungin sisäisissä työtiloissa. Luettu 30.3.2018.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos. Tampere: Tampere University Press.

Troberg, Anna 2012. Kotiuttamisesta kotiutumiseen - aivoverenkiertohäiriöpotilas kohdeesta toimijaksi: kuvaus tulevaisuuden toiminnasta. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma (YAMK). Saatavana osoitteessa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40542/Troberg_Anna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 12.1.2018.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuulaniemi, Juha 2015. Palvelumuotoilu osallistuvan innovaatiotoiminnan menetelmänä. Teoksessa Saarisilta, Jaana & Heikkilä, Johanna (toim.): Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Osuva-tutkimushankkeen loppuraportti. Raportti 4/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 103–117. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125768/URN_ISBN_978-952-302-433-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 10.10.2018.

Turvallinen elämä ikääntyneille – toimintaohjelman päivitys 2018. Sisäministeriön julkaisu 6/2018. Sisäinen turvallisuus. Helsinki: Sisäministeriö. Saatavana osoitteessa: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160520/6%202018%20SM%20Turvallinen%20elama%20ikaantyneille.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 20.11.2018.

Tynjälä, Päivi & Piirainen, Arja & Kurunsaari, Merja & Merikoski, Hannele 2016. Kuntoutujan ja kuntouttajan vuorovaikutuksellinen pedagoginen suhde. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. 3.11.2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.oppiportti.fi/op/ktm00136/do>>. Luettu 20.11.2018.

Vaarama, Marja & Mukkila, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri 2014a. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 20–39. Saatavana osoitteessa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 10.11.2018.

Vaarama, Marja & Mukkila, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri 2014b. 80 vuotta täytäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 40–60. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 10.11.2018.

Valtonen, Anu 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 223–241.

Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi 2013. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 10.1.2018.

Varantola, Krista & Launis, Veikko & Helin, Markku & Spoof, Sanna Kaisa & Jäppinen, Sanna (toim.) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 20.1.2018.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. 4., uudistettu painos.

Vilkko, Anni & Muuri, Anu & Saarikalle, Kristiina & Noro, Anja & Finne-Soveri, Harriet & Jokinen, Sari 2014. Läheisavun moninaisuus. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 220–237. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 10.11.2018.

Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes – Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finna.fi/Record/oma.249478>>. Luettu 16.10.2018.

Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari & Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Siinervo, Timo & Kattainen, Eija & Topo, Päivi & Andersson, Sirpa 2007. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 154–189.

Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Ryhmäkeskustelu

Tervetuloa kehittämään Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä

Tervetuloa mukaan kehittämään Espoon sairaalan kotiutumistoimintaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi.

Kehittämistyön toteuttamiseksi kutsutaan teitä Espoon sairaalan asiakkaina olevia kuntoutujia asiantuntijoina mukaan kehittämään. Keskustelun aiheena on sairaalasta kotiutumisen edellytykset eli asiat, jotka mahdollistavat kotiutumisen teidän kuntoutujien näkökulmasta. Tapaamiskerta toteutuu osastolla (päivämäärä ja kellonaika), ja sen kesto on kaksi tuntia.

Kehittämistyöryhmiä toteutetaan osastolla tämän jälkeen vielä kaksi kesän 2018 – syksyn 2018 aikana. Tapaamiskerroilla jatketaan keskustelua ja sairaalasta kotiutumisen yhteistä kehittämistä. Viimeiselle tapaamiskerralle kutsutaan kuntoutujien lisäksi mukaan myös osastolla työskenteleviä ammattilaisia.

Kehittämistyö on osa Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet yliopettajat Salla Sipari ja Pekka Paalasmaa. Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 14.3.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyöryhmän tapaamiset taltioidaan nauhoittamalla. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta.

Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Ystävällisin terveisin,

Iiris Lehtinen

Toimintaterapeutti (AMK)
sähköposti
puhelin

Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Tulevaisuusverstas

Tervetuloa kehittämään Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä

Tervetuloa mukaan kehittämään Espoon sairaalan kotiutumistoimintaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi.

Kehittämistyön toteuttamiseksi kutsutaan teitä Espoon sairaalan asiakkaina olevia kuntoutujia asiantuntijoina mukaan kehittämään. Yhteisen keskustelun ja kehittämisen aiheena on kotiutumista tukevat olemassa olevat hyvät käytännöt sekä tulevaisuudessa tarvittavat uudet käytännöt teidän kuntoutujien näkökulmasta. Tapaamiskerta toteutuu osastolla (päivämäärä ja kellonaika) ja sen kesto on kaksi tuntia.

Tämän jälkeen osastolla toteutetaan vielä yksi kehittämistyöryhmä syksyllä 2018. Tapaamiskerralla jatketaan keskustelua ja sairaalasta kotiutumisen yhteistä kehittämistä. Sille tapaamiskerralle kutsutaan kuntoutujien lisäksi mukaan myös osastolla työskenteleviä ammattilaisia.

Kehittämistyö on osa Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet yliopettajat Salla Sipari ja Pekka Paalasmaa. Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 14.3.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyöryhmän tapaamiset taltioidaan nauhoittamalla. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta.

Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Ystävällisin terveisin,

Iiris Lehtinen

Toimintaterapeutti (AMK)
sähköposti
puhelin

Tutkimushenkilötiedote kuntoutujille – Yhteiskehittely ammattilaisten kanssa**Tervetuloa kehittämään Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä**

Tervetuloa mukaan kehittämään Espoon sairaalan kotiutumistoimintaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi.

Kehittämistyön toteuttamiseksi kutsutaan teitä Espoon sairaalan asiakkaina olevia kuntoutujia asiantuntijoina mukaan kehittämään. Yhteisen keskustelun ja kehittämisen aiheena on kotiutumista tukevat olemassa olevat hyvät käytännöt sekä tulevaisuudessa tarvittavat uudet käytännöt. Kehittämistyöryhmään osallistuu teidän kuntoutujien lisäksi myös osastolla työskenteleviä ammattilaisia. Tapaamiskerta toteutuu torstaina 27.9.2018 klo 13–15 osaston 3 kokoushuoneessa.

Kehittämistyö on osa Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet yliopettajat Salla Sipari ja Pekka Paalasmaa. Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 14.3.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyöryhmän tapaamiset taltioidaan nauhoittamalla. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta.

Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Ystävällisin terveisin,

Iiris Lehtinen

Toimintaterapeutti (AMK)
sähköposti
puhelin

Tutkimushenkilötiedote ammattilaisille

Tervetuloa kehittämään Espoon sairaalan kotiutumista tukevia käytäntöjä

Tervetuloa mukaan kehittämään Espoon sairaalan kotiutumistoimintaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kotiutumista tukevia käytäntöjä iäkkäiden kuntoutujien kotiutumiseksi.

Kutsun sinut mukaan kehittämistyöryhmään, jossa ammattilaiset ja kuntoutujat tuottavat yhdessä tietoa kotiutumista tukevista käytännöistä. Aineisto tuotetaan yhteiskehittelyllä ja työskentelyssä hyödynnetään kehittämistyön aiemmissa vaiheissa iäkkäiltä kuntoutujilta kerättyjä tietoja kotiutumiseen liittyen. **Kehittämistyöryhmä toteutuu torstaina 27.9.2018 klo 13–15 osaston 3 kokoushuone Männyssä.**

Kehittämistyö on osa Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintojani Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet yliopettajat Salla Sipari ja Pekka Paalasmaa. Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä on myöntänyt kehittämistyölle tutkimusluvan 27.3.2018.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyöryhmän tapaamiset taltioidaan nauhoittamalla. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta.

Ilmoittautuminen kehittämistyöryhmään tapahtuu lirksele sähköpostitse tai puhelimitse maanantaihin 24.9.2018 mennessä. Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystietoni ovat tämän tiedotteen alalaidassa.

Ystävällisin terveisin,

Iiris Lehtinen

Toimintaterapeutti (AMK)
sähköposti
puhelin

Suostumusasiakirja

Suostumus tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt ”Espoon sairaalan kotiutumista tukevien käytäntöjen” tutkimuksellista kehittämistyötä koskevan tutkimushenkilö-tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen kehittämistyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukselliseen kehittämistyöhön on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan kehittämistyön tekijälle liris Lehtiselle joko suullisesti tai kirjallisesti. Tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

liris Lehtinen

sähköposti

puhelin

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.

Ryhmäkeskustelujen runko

Mitä ovat kotiutumisen edellytykset iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta?

Osata

Kotiutumiseen tarvittavat pysyväisluontoiset tiedot ja taidot

Minkälaisia/mitä asioita täytyy osata, jotta voi kotiutua?

Minkälaisia taitoja kotiutuminen edellyttää?

Minkälaisia tietoja kotiutuminen edellyttää?

Mistä asioista täytyy saada tietoa, jotta voi kotiutua?

Kyetä

Kotiutumiseen tarvittava fyysinen ja psyykkinen toimintakyky

Minkälaista fyysisistä / psyykkistä toimintakykyä kotiutuminen edellyttää?

Mitä sinun pitää kyetä tekemään itse, jotta voit kotiutua?

Mitä on tarvittava itsenäinen suoriutuminen, jotta voi kotiutua?

Haluta

Kotiutumiseen tarvittavat yksilölliset tavoitteet, päämäärät ja motivaatio

Minkälaisia tavoitteita/päämääriä sinun tulisi saavuttaa ennen kotiutumista?

Minkälaisia tavoitteita sairaalajaksolle tulisi asettaa / on asetettu?

Minkälaiset asiat motivoivat sinua kotiutumisessa?

Täytyä

Kotiutumiseen liittyvät kontekstuaaliset tekijät ja tilanteista nousevat pakot ja rajoitukset

Minkälaiden asioiden täytyy toteutua, jotta kotiutuminen on mahdollista?

Mitkä asiat ovat välttämättömyyksiä, jotta voi kotiutua?

Minkälaisia rajoituksia sinulla on kotiutumiseen liittyen?

Mitä rajoituksia kotiympäristössäsi on?

Minkälaiset asiat estävät kotiutumisen?

Onko rajoitukset / esteet huomioitu kotiutumisen suunnittelussa?

Voida

Kotiutumiseen liittyvät kontekstuaaliset tekijät ja tilanteista nousevat mahdollisuudet ja vaihtoehdot

Minkälaisia mahdollisuuksia / vaihtoehtoja sinulla on kotiutumiseen liittyen?

Minkälaisia valintoja / vaihtoehtoja / mahdollisuuksia liittyy kotiutumiseen?

Minkälaista ohjausta tarvitaan vaihtoehtoihin ja mahdollisuuksiin liittyen?

Onko mahdollisuudet/vaihtoehdot huomioitu kotiutumisen suunnittelussa?

Tuntea

Kotiutumiseen liittyvät arvioinnit, kokemukset ja tunteet

Minkälaiset kokemukset mahdollistavat / estävät kotiutumisen?

Minkälaiset kokemukset sairaalassa tukevat / eivät tue kotiutumista?

Minkälaiset tunteet tukevat/estävät kotiutumista?

Minkälaiset henkilökohtaiset voimavarat tukevat kotiutumista?

Ensimmäisen kehittämistehtävän sisällönanalyysi

Mitä ovat kotiutumisen edellytykset iäkkäiden kuntoutujien näkökulmasta?

Alkuperäinen	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	
Haluu olla kotona niin kauan kuin suinkin vielä jaksaa	Haluaa olla kotona niin kauan kuin jaksaa	Haluaa olla kotona	Oma motivaatio kotiutumiseen	
On toiveita et pärjäis siellä	Toivoo pärjäävänsä siellä	Toivoo pärjäävänsä kotona		
Sunhan täytyy pyrkiä siihen et sä pääset sielt sairaalasta pois	Pyrkii pääsemään sairaalasta pois	Pyrkii sairaalasta kotiin		
Tarvitaan oikea asenne, asenteestahan se on kaikki kiinni, et pyrkii kotiin	Tarvitaan oikea asenne, että pyrkii kotiin			
Ei laitostu	Ei laitostu	Ei laitostu	Oma aktiivisuus	
Ei jää täällä sänkyyn makaamaan	Ei jää täällä sänkyyn makaamaan	Ei jää sänkyyn makaamaan		
Ei jää tonne sänkyyn makaamaan vaikka kyllä se houkuttelee aina	Ei jää sänkyyn makaamaan vaikka se houkuttelee			
Tietää missä mun koti on	Tietää missä koti on	Hahmottaa missä koti on	Ajan ja paikan hahmottaminen	
Hahmottaminen täytyy olla ettei oo ihan niinku naapurin ovella	Hahmottaa oman kodin			
Kellon pystyy sanomaan	Tuntee kellon			Tuntee kellon ja hallitsee vuorokausirytmien
Hallitsee vuorokaudenrytmin	Hallitsee vuorokausirytmien			
Osaa mennä nukkumaan illalla	Osaa mennä nukkumaan illalla			
Tietäminen, siis aivot toimii	Tietäminen, aivot toimivat	Järjen pysyminen		
Et pysys tääkin järki ettei sitä mene kokonaan	Järki pysyy ettei se mene kokonaan			
Tottuu siihen ettei enää pysty niinku joku aika sitten viel	Tottuu siihen ettei pysty kuten aiemmin	Nykyiseen toimintakykyyn tottuminen		
Pystys pysyy	Pysyy pystyssä	Pysyy pystyssä	Riittävä liikkumiskyky kotona selviytymiseen	
Ettei huippaa ja meinaa niinku kaatua ihan tämän tästä	Ettei huimaa ja meinaa kaatua jatkuvasti			
Ei oo menny kokonaan liikuntakyky	Liikuntakyky ei ole mennyt kokonaan	Pystyy liikkumaan		
Kävely, et mä pääsen ympäri huoneita, siinähan mä sitten kävelen ku en pääse ulos	Pääsee kävelemään ympäri kotona			

Että pystyy kävelee ja jalat kantaa	Pystyy kävelemään ja jalat kantavat		
Käveleminen	Käveleminen		
Tullaan terveenä ulos sieltä sairaalasta tai ainakin paremmassa kunnossa	Tullaan terveenä ulos sairaalasta tai ainakin paremmassa kunnossa		
On sillein parantunut, että ei oo niin rajoittuneisuutta enää	On parantunut siten, että ei ole niin rajoittuneisuutta enää	On paremmassa kunnossa	
Täytyy aika paljon voimistua	Täytyy voimistua		
Pääsen tosta rollaattorista eroon	Pääsee rollaattorista eroon	Ei tarvitse rollaattoria	
Tauti tulee hoidettua sillai että on semmoses kunnos että pystyy joka päiväseen toimeentuloon	Tauti tulee hoidettua siten että on sellaisessa kunnossa että pystyy joka päiväseen toimeentuloon	Pystyy samanlaiseen toimintaan kuin ennen sairastumista	
Itte on semmoses kunnos, että pystyy samanlaiseen toimintaan ku ennen tätä sairastumista	kunto on sellainen, että pystyy samanlaiseen toimintaan kuin ennen sairastumista		Itsenäinen toimiminen kotona
Täytyy kotonakin koittaa elää mahdollisimman normaalia elämää	Kotona täytyy yrittää elää mahdollisimman normaalia elämää	Pystyy elämään normaalia elämää kotona	
Pystyy itse tekee ja olee kotona	Pystyy itse tekemään ja olemaan kotona	Tulee toimeen kotona	
Tulee toimeen sitten siellä	Tulee toimeen sitten siellä		
Ettei joutuis kauheen vaan makaamaan	Ettei joutuisi vain makaamaan		
Ei siellä kotona vaan sängys makaa, siin tulee huonoks	Ei siellä kotona vaan sängyssä makaa, siinä tulee huonoksi	Kotona pystyy muuta kuin makaamaan sängyssä	
Mä haluan laitoshoitoon, jos mä tulen sellaseks et mä en pysty enää muuta ku makaan siel sängyssä ja oottaa koska tulee kotihoito	Pystyy muutakin kuin makaamaan sängyssä ja odottamaan kotihoitoa		
Sänkyyn nouseminen ja sieltä pois pitää onnistuu	Sänkyyn meno ja sieltä nouseminen onnistuvat	Sänkyyn meno ja sieltä nouseminen onnistuvat	
Pärjää itse tos pesus	Pärjää itse pesussa		
Vessaan meno sujuu hyvin, että ei siellä kotonakaan toinen auta	Vessaan meno sujuu hyvin yksin	Wc-käynnit ja pesut sujuvat itse	Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen
Pääsee vessaan ajoissa	Pääsee vessaan ajoissa		
Wc-käynti	Wc-käynti		

Kaikki sun täytyy koittaa hoitaa eikä huutaa ja odottaa et joku tulee pukemaan vaatteita päälle	Yrittää hoitaa itse eikä odottaa että joku tulee pukemaan	Pyrkii pukeutumaan itse	
Täytyy kyllä päästä siihen et ihan ittekin voi toimia, ettei ihan toisen apuun voi luottaa	Pääsee siihen että ihan itsekin voi toimia	Pystyy toimimaan itse	
Laittaa ruuat yhdessä	Laittaa ruuat yhdessä	Ruuan laittaminen itse	Keittiössä toimiminen
Laittaa itte ruoka jos suinkin kykenee	Laittaa itse ruokaa jos suinkin kykenee		
Pystyy ruuanlaittoon	Pystyy ruuanlaittoon		
Laittaa ruokaa ku minä haluan sitä itse tehtyä ruokaa	Laittaa itse tehtyä ruokaa		
Voin laittaa leipää ja puuroo	Laittaa leipää ja puuroa	Kahvin ja välipalojen laittaminen	
Kahvit pystyy laittaa	Kahvit pystyy laittamaan		
Tietää noi kodinkoneet, et osaa mennä hellan luokse tai jääkaapille, nää täytyy osata tehdä	Osaa käyttää kodinkoneita	Kodinkoneiden käyttäminen turvallisesti	
Muistaa tepselit	Muistaa töpselit		
Ei jää hellat päälle ja kaikki	Liedet eivät jää päälle		
Aika paljon itse tehdä siinä sellast pientä ja hoitaa pyykit sun muuta sen koneeseen	Tekee itse pieniä kotitöitä	Pienten kotitöiden tekeminen	
Sentäs vähän pystyy jotain tekemään	Vähän pystyy jotain tekemään		
Ettei olis vaan toisten vaivoina	Ettei olisi vain toisten vaivoina		
Täytyy osata itse niin ku vähän et vaan tarttis jotakin suolasta	Osaa itse ottaa jotakin suolaista sitä tarvitesaan	Ravitsemuksesta huolehtiminen	Ravitsemuksesta ja lääkityksestä huolehtiminen
Ei fuskaa juomisessa ja syömisessä	Ei fuskaa juomisessa ja syömisessä		
Selviää lääkkeiden kanssa ku tää lääkemäärä on musta ihan järkyttävä	Selviää lääkkeiden kanssa	Selviää lääkkeiden kanssa	
Muistaa itse mikä lääke tänään otetaan	Muistaa itse mikä lääke tänään otetaan		
Pääsee tapaa toisia ihmisiä ettei homehdu ku aina yksin siel kököttää	Pääsee tapaamaan toisia ihmisiä	Pääsee tapaamaan muita ihmisiä	
Pystyy muutakin ku kyyhöttää yksin kotona päivästä toiseen	Pystyy muutakin kuin kyyhöttämään yksin kotona		

Pääsis niinku ihmisten ilmoille	Pääsisi ihmisten ilmoille		Muiden ihmisten tapaaminen kodin ulkopuolella
Pääsee aina välillä kauppaan et näkee toisia ihmisiä	Pääsee välillä kauppaan että näkee toisia ihmisiä	Pääsee kauppaan näkemään muita ihmisiä	
Selviin sinne päivätoimintaan	Selviää päivätoimintaan	Päivätoimintaan pääseminen	
Se on suur asia ettei tarvi yksin olla, et on se yks päivä edes et saa puhua	Ettei tarvitse yksin olla, että on se yksi päivä edes että saa puhua	Saa puhua muiden ihmisten kanssa	
Oishan se kiva jos ois joku harrastus missä käydä	Olisi jokin harrastus missä käydä	Harrastus missä käydä	
Ohjattais et tällasia kunto-saleja on, et on tämmösiä paikkoja mihin vanhus voi mennä	Ohjattaisiin kunto-saleille ja tällaisiin paikkoihin mihin vanhus voi mennä		
Pystyy puhuu puhelimesta	Pystyy puhumaan puhelimesta	Puhelimen käyttäminen	
Puhelin mitä näkee käyttää	Puhelin mitä näkee käyttää		
Pystyy hoitaa kaupan käynnit	Pystyy hoitamaan kaupan käynnit	Kaupassa käyminen	
Käydä nyt kaupassakin jotai ruokaa ostamassa	Käydä kaupassa ruokaa ostamassa		
Pääsen kotona ne neljä-viis askelta kadulle	Pääsee kotona porrasaskelmat kadulle	Asunnosta ulos pääseminen	
Pystyy avaa ulko-oven	Pystyy avaamaan ulko-oven		
Toivoisin et sairaalassa kannustettais, semmosta et mee kotiin nyt vaan, kyllä sä pärjät	Kannustetaan kotiin menemiseen	Kotiutumiseen kannustaminen	Kuntoutumisen tukeminen
Sairaalassa olis joku valmentaja, joka valmentais just niinku terapeutit nyt tekee	Sairaalassa valmennetaisiin	Sairaalassa valmennetaan	
Kannustetaan liikkeelle	Kannustetaan liikkeelle	Kannustetaan liikkeelle	
Kävellään yhdessä niin vois sanoo et tosi hyvin meni	Yhdessä kävellessä sanotaan että tosi hyvin meni	Saa positiivista palautetta	
Saa positiivista palautetta	Saa positiivista palautetta		
Antas vaan niinku sinnikkäästi vaan hitaasti toisen yrittää	Annetaan sinnikkäästi ja hitaasti toisen yrittää	Annetaan paljon aikaa yrittää itse	
Aikaa pitää antaa paljon	Aikaa pitää antaa paljon		
Täällä treenataan yhdessä vaikka näitä rappusia	Täällä treenataan yhdessä vaikka rappusia		

Kuntovalmentaja jump-pauttaa täällä noilla koneilla	Kuntovalmentaja jump-pauttaa täällä koneilla	Yhdessä harjoittelemi-nen	
Tarvii tota reenausta vaan täällä	Tarvitaan treenausta täällä		
Fysioterapeutti laitto mulle ylhäälle ne ohjeet	Fysioterapeutti laittaa ohjeet		
Sellaiset ohjeet ettet ko-tona mene heti telkkarin ja sohvan nurkkaan, että tärkeintä on päästä liikkeelle	Ohjeet liikkeelle pääse-miseen	Kotiharjoitusohjeiden saaminen	
Lääkäriltä tulee tarkat oh-jeet sitten kotihoitoa var-ten	Lääkäriltä tarkat ohjeet kotihoitoa varten	Lääkäriltä ohjeet koti-hoitoon liittyen	Kotihoitoon ja hy-vinvointiin liittyvä ohjaus
Jotain ohjeita saada lääkä-riltä mitä varoa ettei tulis sitten toiseen kertaan tätä tautia	Ohjeita lääkäriltä, mitä varoa ettei tulisi toiseen kertaan tätä tautia		
Täällä täytytys tiedottaa et miten täytytys syödä	Tiedotetaan miten täy-tyisi syödä		
Ruokaterapeutti laittoi sel-laisen että täytyy syödä aa-mulla näitä ja sitten illalla vielä ennen kun menee nukkumaan näitä	Ravitsemusterapeutin ohjeet syömisestä	Ravitsemukseen liit-tyvä ohjaus	
Oletan, että mun polvi on kunnossa, se on kaikkein kipein tää mun polvi	Kipeä polvi on kunnossa	Kipeät kohdat on hoi-dettu	
Niitä mitkä on kipeet koh-dat on hoidettu	Kipeitä kohtia on hoi-dettu		
Kaikki hoidot täällä, että sit vasta kotiin	Kaikki hoidot täällä, että sitten vasta kotiin		Hoidot sairaalassa
Mä halusinkin että hoide-taan mieluummin täällä, että nää tiputukset hoide-taan	Hoidetaan mieluummin täällä	Hoidot on saatu sai-raalassa	
Otettu kokeet, et tiedetään mihin suuntaan ollaan me-nossa	Otettu kokeet, että tie-detään mihin suuntaan ollaan menossa	Otettu kokeet, että tiedetään mihin suun-taan tauti on menossa	
Tietäs sen taudin laadun, et sul tulee tai sitten sä voit varautuu tammöseen	Tietää taudin laadun, että voi varautua siihen	Tietää taudin laadun, että voi varautua sii-hen	
Tuntus haljulle lähteä il-man et tietää et mikä se syy on miks mä kaatuilen	Tietää syyn kaatuilulle	Tietää syyn kaatuilulle ja tasapainon heiken-tymiselle	Tietojen saami-nen sairaudesta
Tietäis sen et mikä sen ai-heuttaa ku tasapaino on menny	Tietää mikä aiheuttaa tasapainon heikentymi-sen		

Oon keskusteltu lääkärin kanssa, kyselly kaikki	Kyselty lääkäriltä kaikki	Kysytty lääkäriltä kaikki	
Lääkkeet täytyy olla kohdallaan	Lääkkeet on kohdallaan	Lääkitys on kunnossa	Lääkitys on kunnossa
Kerrottu lääkkeiden muutoksista	Kerrottu lääkemuutoksista	Kerrottu lääkemuutoksista	
Ei koske kävellessä näin	Ei koske kävellessä näin	Kävellessä ei koske näin	
Että ei tarttis enää nii noita särkylääkkeitä ottaa	Ei tarvitsisi enää niin särkylääkkeitä ottaa	Särkylääkkeitä ei tarvitse enää ottaa	Kipujen helpottuminen
Oon saanu nukuttua täällä	Saa nukuttua sairaalassa	Nukkuminen sairaalassa	
Koti täytyy must olla semmoses kunnos et sä voit mennä, et sä pystyt olemaan siellä	Koti täytyy olla sellaisessa kunnossa että pystyy olemaan siellä	Sopivat asuinolosuhteet	
Sopivat asuinolosuhteet	Sopivat asuinolosuhteet		
Mahtuu liikkumaan kotona	Kotona mahtuu liikkumaan		
Kotona ois hyvä tuoli jossa ei puutuis	Kotona olisi hyvä tuoli, jossa ei puutuisi	Uusien huonekalujen hankinta	Kotiympäristön miettiminen uudella tavalla ja muutosten toteuttaminen
Valoa tarvis lisätä koko ajan	Valon lisääminen	Valon lisääminen	
Joutuu soveltamaan ja sisustamaan uudestaan	Joutuu soveltamaan ja sisustamaan uudestaan	Kotia mietitään ja sisustetaan uudestaan	
Täytyy itse miettii et miten laittaa kodin, kukaan ei voi kertoa et mikä sulle on hyvä	Täytyy miettiä, miten laittaa kodin		
Koti on vähän niinku kalustettava uudestaan	Koti on kalustettava uudestaan		
Oon lytistynyt hirveesti nii täytyy siirtää kaikki kahvikupit alemmas	Täytyy siirtää kahvikupit alemmas	Tavarat siirretään ulotuville	
Matot on otettu pois ku muuten voi toi rollaattori takertua jostakin pyörästä kiinni	Matot on otettu pois, kun rollaattori voi taker-tua niihin	Matot on poistettu ja huonekaluja on siirretty, jotta on tilaa liikkuu	
Huonekalut on laitettu sillein et ne ei oo tiellä kun liikkuu	Huonekalut on laitettu siten etteivät ne ole tiellä kun liikkuu		
Suihkutuolia ja sellasta on haettu	Suihkutuoli on haettu	Suihkutuoli tai -jakkara pesutiloissa	
Pieni jakkara täytyy olla nii voi suihkussa käydä	Pieni jakkara täytyy olla niin voi käydä suihkussa		
Jakkara siel pesutiloissa	Jakkara pesutiloissa		
Vessankorotus on ollu hirvee helpotus	Vessankorotus on ollut helpotus		

Yö vessa, jonka saa ihan siihen sängyn viereen laitettuu	Yö vessa sängyn viereen	Wc-korotus tai jalallinen wc-tuoli	Tarvittavien apuvälineiden hankkiminen ja asentaminen kotiin
Sänkyyn tukipilarit	Sänkyyn tuet	Nousutuet ja tukikahvat on asennettu	
Keppejä laitettu seinään et on niinku turvallista kävellä siel kotona	Kahvoja laitettu seinään, että on turvallista kävellä kotona		
Ilman rollaattoria ei pääsis huoneen halki	Ilman rollaattoria ei pääsisi huoneen halki	Rollaattori kotiin	
Tavallista pienempi rollaattori ihan sisäkäyttöön	Tavallista pienempi rollaattori sisäkäyttöön		
Rollaattori	Rollaattori		
Laitettu sellaset pellit et pääsee kynnysten yli rollaattorilla	Laitettu pellit, että pääsee kynnysten yli rollaattorilla	Luiskat kynnyksiin	
Pitää olla hyvät kengät	Pitää olla hyvät kengät	Hyvät kengät	
Tuki et pääsee alkuun kotona	Tuki alkuun pääsemisessä kotona	Kotona tuki alkuun pääsemisessä	Tuki kotiutuessa
Kotisairaanhoitaja tuli samana päivänä ku mä silloin pääsin kotiin. Et ne oli järjestäny et hän tuli sitten heti kun mä olin päässyt kotiin	Kotisairaanhoitaja tuli heti kun olin päässyt kotiin		
Kotiin saattaja tai tukija, joka ois sellanen yleismiesjantunen joka sit sen mumun ja papan kanssa pääsis kotiin	Kotiin saattaja eli sellainen yleismiesjantunen tukena kotiin pääsemisessä		
Omainen olis siltana et me päästään takas sinne talolle asti, et joku auttais kotiin	Omainen auttamassa kotiin sairaalasta	Omainen on vastassa sairaalasta kotiutuessa	
On oltu yhteydessä poikaan	Omaiseen on oltu yhteydessä		
Poika on siellä kotona kun minä menen	Omainen on kotona kun menen		
Ohjelma siihen väliin ku on vielä täällä ja sitten kotona, että miten siihen saa semmosen muutaman kerran jonkinlaisen tuen että pääsee kunnolla käveleä	Saa kotona muutaman kerran tukea siihen, että pääsee kunnolla kävelemään	Kuntoutumisen tukeminen kotiutumisvaiheessa	
Kotiutumisvaiheeseen joku apu tai joku kuntoutus	Kotiutumisvaiheeseen jokin apu tai kuntoutus		
Tällanen siirtymäkausi oli musta aivan pop. et sellai-	Siirtymäkausi pitäisi olla kenelle tahansa. vaikei		

nen pitäisi olla kenelle tahansa, vaikkei ois ihan näin huonokuntosta ku me on nyt	olisi näin huonokuntoista		
Kotihoito vois olla väliaikaisesti	Saa kotihoitoa väliaikaisesti	Saa kotihoitoa väliaikaisesti	Tarvittavien apujen ja palveluiden saaminen
Voi saada kotihoitoa vähäksi aikaa	Voi saada kotihoitoa vähäksi aikaa		
Kotihoito laittaa lääkkeit niihin laatikoihin	Kotihoito jakaa lääkkeit	Kotihoito auttaa asioissa, joihin ei itse pysty	
Kotihoito lämmittää ruuan jos ei itse pysty laittamaan	Kotihoito lämmittää ruuan jos ei itse pysty		
Saa tollasta apua, et on tullu nää ihmisten tarpeet esiin	Saa apua, että on tullut ihmisten tarpeet esiin	Saa tarvitsemansa avun	
Saa tällasta sosiaalista apua jos tarvitsee	Saa sosiaalista apua jos tarvitsee		
Kotona ois ruokaa et meet tyhjälle kaapille et tuut kotiin ja täytyy lähtee kauppoille	Kotona on ruokaa kotiin tullessa	Kotona on ruokaa kotiutuessa	
Täytyy tilata se valmisruoka	Täytyy tilata se valmisruoka	Ruuan tilaaminen kotiin	
Kauppakassi, mikä toimittaa kotiin ruuan	Kauppakassi toimittaa kotiin ruuan		
Poikani käy kaupassa	Omainen käy kaupassa	Omainen käy kaupassa	
Vaimo on kotona	Puoliso on kotona	Puoliso on kotona	
Lapset käy siellä	Lapset käyvät siellä	Lapset käyvät ja auttavat	
Pojat, ne kyllä auttaa mua	Lapset auttavat		
Toivon ku se kotihoito tulee että mä saisin sen rannekkeen, sen turvapuhelimen	Saa turvapuhelimen	Saa turvapuhelimen	
Käy siivooja	Käy siivooja		
Ne on tärkeitä tämmöset yhteydet, siivojat tai muut jotka käypi	Yhteydet siivoojiin ovat tärkeitä	Siivoja käy	
Kaavake missä on et siihen saa ottaa yhteyttä jos sitten haluaa lisätä jotain apuja	Tiedot, mihin saa ottaa yhteyttä jos haluaa lisätä apuja	Saa yhteystiedot, mistä saa lisää apuja	Tarvittavien yhteystietojen saaminen
Turvallisesti hän anto puhelinnumeron johon soittaa jos jotakin tulee	Puhelinnumero, johon soittaa tarvittaessa		
Yhteydenpito siihen sairaalaan tai siihen henkilökuntaan, siihen lääkäriin	Yhteydenpito sairaalan henkilökuntaan ja lääkäriin	Yhteydenpito sairaalan henkilökuntaan	