

KOTIUTUMINEN SAIRAALAHOIDOSTA

Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna

Marjo Mitronen
Pirjo Solmula

Opinnäytetyö
Heinäkuu 2011

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) MITRONEN, Marjo SOLMULA, Pirjo	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 1.8.2011.
	Sivumäärä 45	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Kotiutuminen sairaalasta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja MATILAINEN, Irmeli		
Toimeksiantaja Keuruun kaupungin vanhustyö		
Tiivistelmä Opinnäytetyön aihe kotiuttamisesta asiakkaan näkökulmasta oli työelämälähtöinen ja se tuli Keuruun kaupungin vanhustyönjohtajalta. Tarkoituksena oli selvittää, miten asiakkaat olivat kokeneet kotiuttamisensa sairaalahoidosta. Onnistunut sairaalasta kotiutuminen edellyttää suunnittelua ja arviointia asiakkaan voimavaroista ja avuntarpeesta ennen kotiuttamista. Lyhentyneet hoitoajat ja kiristyneet resurssit tuovat haastetta kotiuttamisprosessiin. Vastuu kuntoutuksesta jää usein asiakkaalle, omaisille tai kotihoidolle. Kotihoidolla tulee olla valmius ottaa asiakkaita päivittäin vastaan. Tähän tarpeeseen Keuruulle perustettiin kotihoitoon kotiutustiimi tammikuussa 2010, jossa työskentelee sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teema-haastattelujen avulla maaliskuussa 2011. Haastatteluun osallistui kuusi kotiutushoitajan asiakasta, jotka olivat hiljattain kotiutuneet sairaalahoidosta. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Asiakkaiden kokemukset kotiuttamisestaan olivat pääsääntöisesti positiivisia. Kotiutuminen oli ollut joissakin tapauksissa kiireinen ja se oli suunniteltu puutteellisesti. Opinnäytetyö osoitti asiakaslähtöisen kotiutumisen suunnittelun tärkeäksi lähtökohdaksi onnistuneelle kotona selviytymiselle sairaalassaolon jälkeen. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviksi tekijöiksi haastateltavat kokivat kotiutustiimin tiiviin yhteistyön ja palvelujen systemaattisemman kartoituksen. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kotiutustiimin toiminnan kehittämiseen		
Avainsanat (asiasanat) Asiakas, Kotiuttaminen, Kotiutustiimi, Kotiutushoitaja		
Muut tiedot		



Author(s) Mitronen Marjo Solmula Pirjo	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 1.8.2011
	Pages 45	Language Finish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Discharge from hospital from the patient's point of view		
Degree Programme Nursing degree program		
Tutor Matilainen Irmeli		
Assigned by Elderly care of the city of the Keuruu		
Abstract <p>This thesis on discharge from hospital from the patient's point of view had a working-life based approach and was requested by the Elderly Care Manager of the city of Keuruu. The focus was on assessing the patient's experiences on returning home from hospital. A successful return from hospital entails good prior planning and the assessment of the patient's ability to cope with living home.</p> <p>Shortened hospital care periods and tightened resources add to the challenge of the discharge process. The responsibility is often left to the client, a close family member or home care services.</p> <p>Home care services must be able to receive patients on a daily basis. To meet this end, a discharge team comprising a registered nurse and a practical nurse was established in Keuruu in January 2010.</p> <p>This study had a qualitative approach and the data was collected by using theme interviews in March 2010. The data comprised interviews of six discharged patients' and it was analysed by using contents analysis.</p> <p>The client's experience were generally positive although the discharge event in some instances had been rather hurried and lacked planning. The results indicated that for the discharge to be successful good planning is needed.</p> <p>All the interviewed patients agreed that the factors promoting the patient's functional ability and coping at home were a close co-operation, between the members of the discharge team and a service need assessment. These study results can be utilized in the further development of the services of discharge team.</p>		
Keywords Client, discharge, discharge-nurse, discharge-team.		
Miscellaneous		

Sisältö

1 JOHDANTO	3
2 VANHUSPOLITIIKAN HAASTEET SUOMESSA.....	4
2.1 Laatusuositus laadukkaiden vanhushpalveluiden varmistajana.....	4
2.2 Ikäihmisten tarpeita vastaavat palvelut	6
2.3 Keuruun vanhuspoliittinen strategialuonnos 2011.....	8
3 KOTIUTUMINEN SAIRAALASTA KOTONA ASUMISEN LÄHTÖKOHTANA	10
3.1 Kotiutuminen sairaalahoidosta.....	10
3.2 Asiakkaan kokemuksia kotiutuksesta.....	13
3.3 Omaisten osuus kotiutuksessa	15
3.4 Kotiutustiimin rooli kotiutuksessa	16
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	19
5.1 Opinnäytetyön lähtökohtia.....	19
5.2 Aineiston keruu.....	20
5.3 Aineiston analyysi	21
6 ASIAKKAAN KOKEMUKSIA SAIRAALASTA KOTIUTUMISESTA.....	23
6.1 Sairalahoidosta kotiutuneen asiakkaan kokemuksia kotiutuksesta.....	23
6.2 Kotiutuksen suunnittelu	25
6.3 Kotiutuksen kehittäminen	26
7 POHDINTA	27
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	27
7.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	29
7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	30
7.4 Ammatillinen kehittyminen	33

LÄHTEET	35
LIITTEET.....	38
Liite 1. Suostumus haastatteluun	38
Liite 2. Haastattelurunko asiakkaan kokemuksista kotiuttamistiimin toiminnasta.....	39
Liite 3. Yhteenveto tutkimuksesta	42

1 JOHDANTO

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan, kunnan vanhustenhuollon, sosiaali- ja terveydenhuollon tulee toimia yhteistyössä asiakkaan kotiutuessa ja sairaalasta ottaa yhteyttä terveyskeskuksen valvottuun kotisairaanhoidon ja kotipalveluun, jotka vastaavat ikäihmisten kotihoidosta. Kotiutumisen jälkeen asiakkaan selviytymistä kotona tulee seurata. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tulee laatia hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Työtehtävien jako pitää sopia joustavasti sekä tukien ihmisen selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. (Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus 2008, 25.)

Keuruulla on toiminut kotihoidossa tammikuusta 2010 kotiutustiimi, joka on keskittynyt palvelemaan asiakkaita yksilöllisen kotiuttamisen onnistumiseksi. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja se tuli Keuruun kaupungin vanhustyön johtajalta.

Kotiutumisen tavoitteena on saavuttaa asiakkaalle onnistuneesti turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle. Kotiuttamisessa korostuvat asiakkaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. Kaikki kotiuttamistilanteet ovat käytännössä aina hyvin yksilöllisiä ja monimuotoisia, eikä mitään yleispätevää kotiutuskäytännön mallia voi esittää. (Voutilainen 2005, 128.)

Usein asiakas kotiutuu liian huonokuntoisena ja palaa sairaalaan tai kulkee edestakaisin sairaalan ja kodin väliä. Epäonnistunut kotiutuminen johtuu yleensä valmistelemattomasta kotiutumisesta ja puutteellisesta asiakaskohtaisesta yhteistyöstä. Myös tiedonkulku sairaalan ja kotihoidon välillä vaikuttaa kotiuttamiseen. Ongelma on varsinkin niiden asiakkaiden ja

potilaiden kohdalla, joilla on monia palvelutarpeita ja moninainen palvelukokonaisuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.)

Opinnäytetyössämme keskitymme kotiutumisprosessiin asiakkaan näkökulmasta ja mahdollisiin ongelmiin sekä kehittämistarpeisiin sairaalasta kotiuduttuaan. Kotiutumisen tavoitteena on sairaalassa aloitetun hoidon ja kuntoutuksen jatkuminen kotiutumisen jälkeen. Näin myös ennaltaehkäistään toistuvia sairaalajaksoja. Kotiutuminen edellyttää tiivistä yhteistyötä asiakkaan, moniammatillisen verkoston ja omaisten välillä. Yhteistyö edellyttää yhteistä näkemystä asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta, yhteistyön tarpeesta ja muodoista sekä hyvästä informaation kulusta osapuolten kesken. Yhteistyö, kommunikaatio ja tiedonkulku on kotiutuksen kriittinen kohta. (Malin 1996, 56.)

2 VANHUSPOLITIIKAN HAASTEET SUOMESSA

Vanhuspolitiikan päämääränä on edistää ikäihmisten hyvinvointia, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa.

Itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, riippumattomuus taloudellisesti ja turvallisuus ovat keskeisiä arvoja. Vanhuspolitiikkaa toteutetaan kansallisella ja kunnallisella tasolla. Se on valtion ja kuntien politiikkaa, mikä painottuu sosiaali- ja terveystalouteen. (STM 1999:4)

2.1 Laatusuositus laadukkaiden vanhuspalveluiden varmistajana

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen vuonna 2008. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita. Suosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3.) Suositus koskee ikäihmisten säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia laajemmin.

Laatusuosituksessa on suositus, että jokaisella kunnalla on oltava ajantasainen ikääntymispoliittinen strategia, jonka kunnanvaltuusto on hyväksynyt. Ikääntymispoliittisessa strategiassa otetaan huomioon kattavat palvelut ja väestön hyvinvointi ja terveyden nykytilan analyysi sekä toimintaympäristön muutoksien ennakointi. Iäkkäiden ihmisten voimavarat ja erilaiset tarpeet huomioidaan strategiassa. Linjaukset sisällytetään kuntastrategiaan ja muihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmiin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 17)

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistetaan. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tulee voimaan 1.5.2011

Keväällä 2011 tuli luonnos laiksi iäkkään henkilöön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta ja se on osa sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän työtä ja sen tarkoitus on parantaa iäkkäiden ihmisten asemaa, helpottaa iäkkäiden ihmisten palveluja johtavien ja kehittävien henkilöiden työtä. Laki antaa uuden välineen valvontaviranomaisten hyödynnettäväksi.

Uudessa lakiluonnoksessa lain tarkoitus on turvata iäkkäiden ihmisten oikeus laadukkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen, yksilölliset tarpeet huomioon ottavaan palvelukokonaisuuteen. Sen turvin iäkäs ihminen voi elää mahdollisimman itsenäistä, mielekästä ja turvallista elämää hänen omat voimavaransa hyödyntäen. Lain tarkoituksena on myös siirtää palvelujen painopistettä korjaavista palveluista ennaltaehkäisevään. Hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävät palvelut ja toiminta ovat ennaltaehkäiseviä palveluita. Lisäksi iäkkäiden ihmisten aktiivisuutta ja osallisuutta omassa arjessa vahvistettaisiin omiin asioihinsa vaikuttamisessa palveluja suunniteltaessa ja yhteiskunnan suunnittelussa. (Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta, 2011.)

2.2 Ikäihmisten tarpeita vastaavat palvelut

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kotihoidon laskennassa 30.11.2009 säännöllisen kotihoidon piirissä maan 75-vuotta täyttäneestä väestöstä 11,4 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaana. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on asetettu tavoite säännöllisen kotihoidon piirissä olevista vuoteen 2012 mennessä, että luku olisi 13-14 prosenttia. Maakunnissa osuus vaihtelee 9,0 prosentista 15,3 prosenttiin. Yli puolet 55,3 % asiakkaista tuli kotoa ja 27,2 % asiakkaista tuli sairaalasta tai terveyskeskuksesta. Hoitoon tulon syy oli yleensä fyysinen 26,9 % tai vajavuus itsestä huolehtimisessa 25,9 %. (Kotihoidon laskenta 2009, Stakes)

Kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäitä, monisairaita ja heillä on heikentynyt toimintakyky. Masennus, dementia, yksinäisyys ja muut kognitiiviset

sairaudet ovat yleisiä. Asiakkaista pääosa on naisia ja keski-ikä vaihteluväli 75 - 85 vuotta. (Hammar 2008, 39-41.) Kotihoidon avun tarve vaihtelee. Apua tarvitaan niin kevyissä kodinhoidollisissa töissä kuin vaativissa sairaanhoidollisissa töissä. On havaittu, että yksin asuvat kotihoidon asiakkaat tarvitsevat enemmän kodinhoidollisia apuja kuin jonkun kanssa asuvat asiakkaat. Omaiset auttavat kaupassa ja pankissa asioimisessa, siivouksessa ja hygienian hoidossa. (Hammar 2008, 46- 47.)

Kotihoidon asiakkaan kotihoito perustuu huolellisesti tehtyyn, oikea-aikaiseen kokonaistilanteen arviointiin, jossa asiakkaan oma käsitys selviytymisestä otetaan huomioon. (Ikonen & Julkunen 2007, 90.) Hoidon ja palvelun tarpeen arvioinnin lähtökohta on tunnistaa ihmisen voimavarat ja toimintakyvyt sekä niiden vahvistaminen ja tukeminen.

Dementoivat sairaudet huono fyysinen toimintakyky, vajavaiset lähipalvelut, yksin asuminen, lähi- ja asuinympäristön esteellisyys ja sosiaalisten verkostojen puuttuminen kasvattavat ikääntyneiden palvelujen tarvetta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 26.)

Palvelutarpeen arviointi on tärkeää, koska sen avulla voidaan asiakkaalle varmistaa vaikuttavat ja laadukkaat palvelut. Arviointi on vuorovaikutuksellinen tilanne ja sen suorittavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset yhdessä iäkkään henkilön ja/tai hänen edustajansa kanssa. (Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2011.)

Palvelutarpeen arviointi sisällyttää toimintakyvyn eri ulottuvuuksien fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen sekä ympäristötekijöiden kattavan arvioinnin. Lisäksi arvioidaan ja ennakoitaan toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavia riskitekijöitä: heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaaliset kontaktit ja kipu. Iäkkään henkilön voimavarat tulee ottaa

huomioon ja arvioida ne. Lisäksi taloudellinen tilanne ja asuntoon liittyvät puutteet, riskitekijät ja mahdollisuudet arvioidaan myös. Arviointi suoritetaan keskustellen, havainnoiden ja mittarein. Tällä tavoin saadaan tietoa iäkkään asiakkaan palvelutarpeesta. (Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2011.)

Palvelutarpeiden arvioinnin tavoitteena on tarpeiden tunnistamisen kautta luoda yksilölle edellytykset toimia ja päättää asioista itsenäisesti ja turvallisesti mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi arvioinnin tavoitteena on ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä ja puuttua ongelmiin varhaisessa vaiheessa sekä turvata asiakkaalle oikea-aikaisesti annetut palvelut. Palvelutarpeiden arvioinnilla saadaan myös arvokasta tietoa siitä, miten voidaan luoda yhteiskunnalle edellytyksiä suunnitella ja jakaa julkisia voimavaroja tasapuolisesti. (Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2011.)

2.3 Keuruun vanhuspoliittinen strategialuonnos 2011

Keuruun perusturvalautakunta päätti viidennen vanhuspoliittisen ohjelman laatimisesta vuoden 2010 aikana. Strategiaa varten perustettiin työryhmä, missä oli perusturvan ja teknisen toimen lisäksi edustus Keuruun - Multian terveydenhuollon kuntayhtymästä, Keuruun vanhusneuvostosta ja Keuruun vanhaintukisäätiöstä. Strategian laadinnassa on hyödynnetty vanhustyön valtakunnallista kehittämistietoutta ja yhteistyökumppaneiden asiantuntijuutta. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 3.)

Keuruun vanhuspoliittisella strategialla on visio, mikä kuvaa organisaation tulevaisuuden tahtotilaa. Keuruun visio hyvästä vanhuudesta pohjautuu elinkaariajatteluun ja yhteisvastuuseen. Strategioita on neljä: Kotona paras, Toimiva palvelurakenne, Monitoimisuus ja Toiminnan laatu ja vaikuttavuus. Näillä toimintasuunnitelmilla tähdätään vision saavuttamiseen. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 13.)

Keuruun vanhuspoliittisen strategian arvot muodostavat toiminnan sisintä ja ohjaavat käytäntöä. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 10-12.)

Tarkoituksellinen toimiva arki: Oma koti, kodinomainen asuminen ja oma ainutlaatuinen elämä ovat jokaisen oikeuksia. Arjen tarkoituksellinen tukeminen. Kanssaihminen ja hoitohenkilöstön ajattelu- ja asennoituminen tulee tehdä näkyväksi. Ikäihmisen kokemus omasta arvosta, elämän mielekkyydestä ja tarkoituksellisuudesta vahvistuvat onnistumisen kokemuksilla, mielekkäällä tekemisellä ja myönteisellä palautteella.

Osallisuus ja ikäihmisen ääni: Kunnassa tulee edistää kaikin tavoin niitä foorumeita, jotka edistävät iäkkäiden ihmisten mahdollisuutta tulla kuulluksi ja olla aloitteellinen itseään koskevissa asioissa.

Kohtaaminen: Ihmisen arvo ja ainutlaatuisuus tulevat näkyväksi jokaisessa teossa, valinnassa ja päätöksessä. Jokaisella on oikeus tulla huomatuksi ja kohdatuksi omana ainutlaatuisena itsenään.

Kaveria ei jätetä: Ystävää ei hylätä hädänkään hetkellä. Keuruun vanhuspoliittinen strategia pohjautuu lähtökohtaan, missä ikääntyneet

kuntalaiset ovat tärkeä, arvokas voimavaramme , joista pidämme yhteisvastuullisesti huolta toimintakyvyn ja terveyden alentuessa.

3 KOTIUTUMINEN SAIRAALASTA KOTONA ASUMISEN LÄHTÖKOHTANA

3.1 Kotiutuminen sairaalahoidosta

Varhaisessa vaiheessa tehty kotiuttassuunnitelma ja intensiivinen seuranta kotiutumisen jälkeen vähentävät sairaudesta johtuvaa sairaalaan takaisin paluuta. Sairaalaan tai muusta hoitolaitoksesta kotiutuminen ei aina suju hyvin. Useiden tutkimusten mukaan osa potilaista palaa sairaalaan tai kulkee edestakaisin sairaalan ja kodin väliä. Ongelmia syntyy varsinkin silloin, kun kotiuttamista ei valmistella riittävästi. Koposen (2003, 116) tutkimuksen mukaan sairaalasta kotiin siirtymisessä asiakkaan ja omaisten hyvä yhteistyö asiakasta hoitaneeseen hoitotahoon, kotihoitoon tai terveystieteiden keskuksiin helpottivat kotiutusta. Tulokset osoittivat, että sairaalan ja kotihoidon yhteistyö helpottui ja yksinkertaistui, kun työntekijät ymmärsivät hyödyntää asiakkaan kontakteja. He voivat hyödyntää myös teoriaa määrittäessään asiakkaan ja perheenjäsenten sen hetkistä tilannetta. Lisäksi työntekijät voivat arvioida toimintaansa, jolla voidaan edistää asiakkaan selviytymistä siirtymisvaiheessa. (Koponen 2003, 114, 116 ja 120.)

Asiakkaan näkökulmasta onnistunut kotiutuminen ja kotihoito edellyttävät riittävää apua ja oikea-aikaisia palveluja, koska onnistuneen kotiutumisen kriittisintä aikaa ovat ensimmäiset 3 – 4 viikkoa. Perälän (2003, 23.) mukaan hoidon ja palveluiden riittämätön tarpeen arviointi vaikeuttaa sopivien palvelukokonaisuuksien löytämistä ja heikentää hoitotyön laatua. Erityisesti

huonokuntoinen asiakas tarvitsee tukea ulkopuolelta jotta kotiutuminen onnistuu. Kotiutumisvaiheessa voidaan ehkäistä muun muassa ikääntyvien akuuttiin sairastumiseen usein liittyvää luovuttamista itsestä huolenpidossa. Toiminnan yhteinen ja riittävän ajoissa tehtävä suunnittelu on käytännön työssä tärkeää. (Grönroos & Perälä 2003, 28 – 31.)

Tulevaisuudessa myös ikääntyneiden uskotaan olevan entistä aktiivisempia omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Tämä vaatii työntekijöiden asenteiden muutosta ja asiakkaan mukaan ottamista aidosti häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Dementoivia ja muita kognitiivisia sairauksia sairastavien asiakkaiden avun tarpeen arviointi on erityisen haastavaa. Asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeuden tukeminen ja kunnioittaminen, organisaatorajat ylittävä palvelu ja esteetön tiedonkulku ovat saumattoman palveluketjun keskeisiä ominaisuuksia. Asiakas osallistuu häntä koskevaan päätöksentekoon, jossa huomioidaan hänen valinnanvapautensa. Asioiden hoitaminen perustuu ammattilaisten ja asiakkaan väliseen sopimukseen sekä esteettömään tiedonkulkuun. (Ruotsalainen 2000, 18–20.)

Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja sen tarkoituksena on helpottaa henkilön siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi, ja siinä korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Grönroos & Perälä 2003, 21.)

Asiakaslähtöisessä toiminnassa tarkastellaan palveluita asiakkaan kannalta. Kotiuttamista suunniteltaessa edistetään ja tuetaan asiakkaan aktiivista osallistumista. Hyvän hoidon ja palvelun turvaamisessa huomioidaan, mitä asiakas pitää hyvänä ja tavoiteltavana. Sopimuksien noudattaminen ja joustava tiedonkulku tukevat asiakaslähtöistä toimintaa. Iäkkäistä asiakkaista osa kokee hoitohenkilökunnan neuvot tervetulleiksi, ja he toivovat hoitohenkilökunnan tekevän kotiutus päätöksen heidän puolestaan. Iäkkäiden

asiakkaiden mielestä heidän mielipiteensä yleensä huomioidaan kotiuttamistilanteessa. (Voutilainen & Vaarama 2005, 38-39.)

Asiakkaan tullessa sairaalaan on tunnistettava ne seikat jotka aiheuttavat mahdollisesti ongelmia kotiuttamistilanteessa. Esimerkiksi dementiaa sairastavan henkilön kotiuttaminen takaisin kotiin on haasteellista ja usein myös turvallisuuden vuoksi mahdotonta. Kotiutumisen lähtökohtana ja edellytyksenä on asiakkaan toimintakyvyn, voimavarojen ja eri palvelu vaihtoehtojen huolellinen arviointi. Asiakkaan kotiuttamista suunnitteleva henkilö tarvitsee laaja-alaisesti tietoa asiakkaansa elämästä ja elintavoista. Toisen työn arvostaminen, mielipiteiden vaihtaminen ja ammatillisten rajoitusten unohtaminen lisäävät toiminnan joustavuutta (Salomaa 2004, 43.)

Asiakkaan ja omaisen mukana oleminen päätöksenteossa ja kotiuttamisen suunnittelussa edistävät kotiutumisen onnistumista. Liian varhaisia kotiuttamisia kannattaa välttää ja kiinnittää huomio kotiuttamisen suunnitteluun ja kotikuntoisuuden arviointiin. Ajoissa ilmoitettu kotiutumisen ajankohta antaa aikaa sopia yhdessä toimintaperiaatteet, tavoitteet ja hoitokäytännöt. Kaksisuuntaista tietojen vaihtoa, asiakaskohtaisia neuvotteluja, tiedonsiirtämiskeinoja ja kirjaamista tulee kehittää ja lisätä. Henkilökunnan koulutukseen ja ammattitaidon kehittämiseen kannattaa panostaa. Kotiutamisprosessin seuranta ja arviointia toteutetaan kaikkien kotiuttamiseen osallistuvien näkökulmasta. (Rantasalo 2007, 41, 52.)

Onnistuneen kotiutumisen lähtökohta on, että potilas haluaa kotiutua ja suurin osa vanhuksista myös tätä haluaa. Potilaan rooli kotiutumisessa on hyvin tärkeä, koska muuten palvelutarpeet suunnitellaan sen mukaan, mitkä ovat palveluja tarjoavien organisaatioiden voimavarat. Asiakas, palvelujen käyttäjä, on yleensä kuitenkin paras asiantuntija häntä koskevissa asioissa.

Sairaalasta kotiutumisessa asiakkaalle merkitsee paljon tieto palvelujen vaihtoehtoista ja jatkuvuudesta sekä keneen ottaa yhteyttä, jos tarvitsee apua. Tärkeää on sekä kotiutujan oman että hänen omaistensa vastuun tiedostaminen. Vastuukysymykset siitä, kuka mitäkin tekee, ovat tärkeitä selvittää sairaalassa olon aikana ja omahoitaja- käytännöt ovat yleensä hyvä vaihtoehto toiminnan sujumisen takaajana. (Outinen, Holma & Helminen 1995, 52.)

Tutkimuksessa, jossa haastateltiin kotiutujia, asiakkaat kokivat kotiuttamisen olevan ajallisesti lyhyt vaihe, kotiuttaminen aloitetaan lähtöä edeltävänä iltana tai lähtöpäivän aamuna. Tutkimuksessa ilmeni, että asiakkailla oli kotiutumiseen liittyen odotuksia, jotka koskivat tiedon saantia ja hoidon jatkuvuutta. Moniammatillinen yhteistyö edesauttaa kotiutumista ja asiakas toivoo luonnollisesti olevansa mukana päätöksenteossa. Kotiuttamisen aloittaminen varhain ja uusien asioiden käsitteleminen vähitellen edesauttaa asiakkaan valmistautumista sairaalasta kotiutukseen. (Outinen, Holma & Helminen 1994,52.)

Kotihoidon henkilöstön on tiedettävä riittävän ajoissa kotiuttamisesta, jotta he voivat suunnitella kotihoidon toteutumista. Riittävän varhainen tieto palvelee niin asiakkaan kuin kotihoidon palvelujen sujuvuutta. Mahdollisten apuvälineiden kartoitus tehdään jo sairaalassa. Myös kodinmuutostyöt tulisi käynnistää ja valmistaa loppuun ennen kotiuttamista. (Hammar 2008, 17.)

3.2 Asiakkaan kokemuksia kotiutumisestaan

Riittävän ajoissa aloitetulla kotiutumisen suunnittelulla on suuri merkitys asiakkaan kotiutumisvalmiuteen ja kotiutumisen onnistumiseen. Asiakkaat

kokivat myös lähiverkoston osallistumisen heidän arkeensa olevan kotona selviytymisen kannalta keskeistä. Asiakkaat kokivat kotiutumisen onnistuneemmaksi jos he voivat itse vaikuttaa kotiutumisen ajankohtaan. Riittävä tiedonsaanti ja kannustaminen sekä avun järjestäminen kotiin olivat muita vaikuttavia tekijöitä onnistuneeseen kotiutumiseen. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 57.)

Turvallisen kotiutumisen onnistumiseen asiakkaat kokivat myös vaikuttavan mahdollisuuden ottaa yhteyttä takaisin sairaalaan, omalääkäriin tai kotihoitoon. Usein pelkkä tieto siitä, miten toimia, jos kotona ilmenee ongelmia riittää turvallisuuden tunteen lisäämiseen. Asiakkaan vointia kartoittavalla puhelinyhteysotolla on myös merkitystä. (Männistö 1998, 47 Nieminen 2000, 68.)

Asiakkaat ovat kokeneet, että heillä on ollut mahdollisuus osallistua kotiutumiseen liittyvään päätöksentekoon. Toisaalta osa piti parempana vaihtoehtona sitä että hoitohenkilökunta teki päätökset heidän puolestaan. Rantasalon (2007, 28) tutkimuksessa asiakkaat arvioivat kotiuttamisvalmistelujen ja kotiutumisen onnistuneen hyvin. Kuitenkin asiakkaat kaipaivat hoitohenkilökunnalta enemmän kannustusta ja tukea omatoimisuuteen ja rohkaisuun päätöksenteossa.

Väitöstutkimuksessaan Koponen (2003, 36) kehitti teorian iäkkään asiakkaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenen ja hoidonantajien yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Keskeiseksi tässä teoriassa nousee yhteistyö, sen toimivuus ja yhteisen näkemyksen saavuttaminen. Asiakkaan epävarmuus selviytymisessä vaikeuttaa kotona selviytymistä vaikka hänen fyysinen toimintakykynsä olisi kohtalainen. Sairaalassa asiakkaan voi olla vaikea ennakoita kotona selviytymistä.

Tarvitaan paljon keskustelua, tukea ja asioiden yhdessä läpikäymistä ja miettimistä, mitä muutokset tarkoittavat kotioloissa.

3.3 Omaisten osuus kotiutumisessa

Omaiset ovat ikääntyneiden hoidossa ja palvelussa merkittävä voimavara ja kuuluvat kiinteästi ikääntyneen hoidettavan elämään, olipa hän kotona tai laitoksessa. Omainen voi olla ikääntyneen sukulainen, kuten puoliso tai joku muu hänelle läheinen ihminen (Vaarama & Voutilainen 2002, 145.)

Kotiuttamistilanteessa huomioitavaa on varmistaa hoidon ja palvelun jatkuvuus ja turvallisuus ikääntyneen kotiutumisessa. Myös erityistilanteet on otettava huomioon. Ikääntyneen ihmisen elämäntilanne kartoitetaan huolellisesti ottaen huomioon hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset sekä taloudelliset voimavaransa. Hänelle järjestetään tarvitsemansa yksilöllinen hoito ja palvelu kodinmuutostöineen, apuvälineineen ja varmistetaan kodin turvallisuus. Kotona selviytymisen tueksi järjestellään myös moniammatillista turvaverkostoa toimimaan yhdessä ikääntyneen ja hänen omaistensa kanssa. Moniammatillisessa työssä toimitaan aina asiakaslähtöisesti ja tavoitteellisesti. (Ikonen & Julkunen 2007, 21.)

Ihmisen kotona selviytymistä edistävät siis omaisten ja läheisten antama epävirallinen apu ja tuki sekä omaishoitajan tukeminen. Asiakkaiden ja omaisten kokemuksissa on sekä yhtäläisyyksiä että eroja. Samankaltaisia ovat kokemukset omasta tilanteesta, hoidosta ja kuntoutuksesta, ihmissuhteista sekä odotuksista (Hägg 2007, 63.)

Avun oikea kohdentaminen ja saaminen kotiin kaikkina vuorokauden aikoina tukevat turvallisuuden tunnetta. Yhteinen ja säännöllisesti arvioitava hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen antavat ihmiselle ajanmukaista hoitoa ja

tukea. Työskentelymalli, joka tukee potilaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta ja kotihoidon työryhmän itsenäistä päätöksentekoa ja työskentelytapaa edesauttaa yksilöllistä elämää, esim. yksilövastuinen hoitotyö, aluepohjainen työskentelymalli, itseohjautuvan ryhmätyön malli sekä väestövastuumalli. Merkittävä tukiverkon kotiutuvalla asiakkaalle muodostavat lapset, joiden antama apu ja tuki vaikuttaa korvaamattomalta (Varto 2008, 13). Keskeisenä asiana tulisi muistaa ottaa huomioon myös kunnan yhteinen vanhuspoliittinen ohjelma, vanhustyötä ohjaava yhteinen taho, johon ovat sitoutuneet palvelujen käyttäjät, kunnan asukkaat sekä vanhustyötä tekevä henkilöstö.

3.4 Kotiutustiimin rooli kotiutumisessa

Kotiutustiimejä on perustettu viime vuosina eri puolille Suomea esimerkiksi Lahteen ja Tampereelle. Tarve perustaa kotiutustiimejä on johtunut kotihoidon resurssipulasta. Puutteet riittävän nopeassa vastaamisessa asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin on johtanut siihen, että laitoksista kotiin paluu on hidastunut. (Tuli & Selin-Hannola, 2009). Sairaaloista kotiutetaan potilaat myös nopeammassa tahdissa ja kotiutustiimeillä pyritään myös vaikuttamaan erikoissairaanhoidon siirtoviivemaksujen vähenemiseen. Kotio- hankkeen loppuraportista selviää, että Tampereen kotiutustiimi perustettiin vuonna 2007 ja sen tavoitteena on asiakkaan oikea-aikainen kotiutuminen sairaalahoidosta, järjestämällä asiakkaalle tarpeenmukainen hoito, kuntoutus ja apuvälineet viivytyksettä kotiin. (Vesaranta, 2009) Kotiutustiimissä pyritään täyttämään toiminnalla laitoshoidon ja kotihoidon väliin jäävää katvealuetta ja kehittää kotiutuskäytäntöjä. Kotiutustiimin toiminta on kotiutusten tekeminen ja suunnittelu yhdessä asiakkaan, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan kanssa, sekä kotihoidon toteuttaminen ja

jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen yhteistyössä kotihoidon kanssa.
(Vesaranta, 2009)

Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikan NOVA-hankkeen myötä luotiin perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon uusi toimintamalli, jossa 80 prosenttia potilaista ohjataan nopean vasteen yksiköstä kahden tunnin kuluessa eteenpäin ja jatkohoitopaikkaan viimeistään kahden vuorokauden kuluessa. Jotta terveyskeskuksen vuodeosasto ei ruuhkautuisi tuli tarve kehittää kotiutumista ja tuolloin kotiutushoitajien toimet Keuruun kotihoidossa päätettiin perustaa. (Koivumäki, 2011.)

Keuruun kaupungin kotihoitoon kuuluva kotiutustiimi aloitti vuoden 2010 alussa. Kotiutustiimi muodostuu yhdestä sairaanhoitajasta ja yhdestä lähihoitajasta. Hyvä kotiutuminen edellyttää asiakkaiden tarpeista lähtevää suunnittelua. Yhteistyötä tehdään kotiutuvien yksiköiden mm. terveyskeskuksen vuodeosaston ja poliklinikan sekä Keski-Suomen keskussairaalan osastojen ja poliklinikoiden kanssa. Jonkun verran asiakkaita on tullut omaisten ja asiakkaan itse ottaessa yhteyttä kotiutustiimiin. Kotiutus suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitajat kartoittavat asiakkaan toimintakyvyn ja hänen palveluntarpeensa. (Koivumäki, 2011.)

Vuonna 2010 Keuruun kotiutustiimillä oli kotiutuneita asiakkaita 329. Käynnejä asiakkaiden luona oli 1047 käyntiä. Lisäksi kotiutustiimi hoiti muiden kotihoidon tiimien käynnejä 157. Kotiutushoitajat hoitavat asiakasta maksimissaan kaksi viikkoa. Asiakas siirtyy kunnallisen kotihoidon säännölliseksi asiakkaaksi tai yksityisen kotipalvelun piiriin, jos palvelun tarve jatkuu. Palvelun tarpeen päättyessä asiakas voi kuitenkin tarvittaessa ottaa yhteyttä kotiutushoitajiin. (Koivumäki, 2011.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää asiakkaan kokemuksia kotiutumisestaan sairaalasta. Selvitämme, miten kotiuttamistiimi on mukana asiakkaan kotiuttamisen eri vaiheissa.

Tavoitteena on uuden tiedon avulla löytää kehittämistarpeita asiakaslähtöiseen kotiutumiseen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten sairaalahoidosta kotiutunut asiakas on kokenut kotiutumisen?
2. Miten kotiutuminen on suunniteltu sairaalahoidosta kotiutuneen asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna?
3. Miten kotiutumisprosessia tulee kehittää sairaalahoidosta kotiutuneen asiakkaan kokemuksen mukaan?

Opinnäytetyö rajataan koskemaan ainoastaan asiakkaan näkökulmaa kotiuttamisen vaiheista. Aiemmin aihetta on käsitelty palveluketjun osana hoitohenkilökunnan kannalta, vaikka toimintamallin keskeisin henkilö on asiakas itse. Rajauksen perusteluna on asiakaslähtöinen toimintamalli.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön lähtökohtia

Opinnäytetyö käsittelee kotiuttamista asiakkaan kokemana. Kotiuttamistiimit ovat vielä uusi käsite ja asiakkaan näkökulmasta tutkimustieto on vähäistä. Tutkimuksia sairaalasta kotiutumisesta asiakkaan näkökulmasta on tehty ja niitä käytämme työssämme hyväksi. Tutkimusmenetelmänä käytämme teemahaastattelua. Se on osoittautunut menetelmäksi, joka sallii tutkimuksen kohteeksi valittujen henkilöiden mahdollisimman luontevan ja vapaan reagoinnin. Keskustelunomainen tietojenkeruumenetelmä saa haastateltavat suhtautumaan myönteisesti haastattelutilanteeseen ja vapaamuotoiset, syvälliset keskustelut tuovat esiin asioita joita ei välttämättä saada selville muilla keinoilla. Teemahaastattelu on menetelmä, joka hyvin toteutettuna ottaa huomioon ihmisen mielipiteet kokonaisvaltaisesti. (Hirsijärvi & Hurme 1991, 8.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Tälle ominaista on se, että jokin haastattelun aihe on ennalta sovittu, mutta ei kuitenkaan kaikkia. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin. Sille on myös ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen. Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden kokemuksiin. Teemahaastattelulla tutkitaan yksilön ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja myös sanatonta kokemustietoa. Siinä korostuu haastateltavien oma elämysmaailma. Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin (Hirsijärvi & Hurme 2000, 47-48.)

5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla asiakkaita, jotka olivat käyttäneet kotiutustiimin palvelua. Kotiutustiimin hoitajat antoivat asiakkailleen haastattelupyynnön (liite 1), jossa pyydettiin suostumusta haastatteluun. Pyynnössä korostettiin haastattelun ja sen tuoman tiedon luotettavuutta ja vaitiolovelvollisuutta. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyön tekijät ottivat yhteyttä haastateltaviin ja sopivat haastattelun ajankohdan. Haastatteluun suostui kuusi asiakasta, 1 mies ja 5 naista. He olivat iältään 59 - 91-vuotiaita ja haastattelut suoritettiin asiakkaiden kotona .

Tutkittaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja miten se toteutetaan. Heille selvitettiin vielä haastattelun luottamuksellisuus ja salassapitovelvollisuus. Haastattelijat pitivät huolen, että haastattelu ei muodostunut liian rasittavaksi ja pitkäkestoiseksi. Tavoitteena oli luoda lämminhenkinen ja vapaamuotoinen keskustelutilanne, jossa haastattelukysymykset (liite 2) toimivat keskustelun pohjana. Tapaamisen alussa oli vapaata keskustelua, joka ei kuitenkaan saisi jatkua liian kauan, muuten haastateltavaa alkaa askarruttaa, koska hän tietää haastattelun olevan sosiaalinen tilanne, se ei ole kuitenkaan tavanomainen vierailu. Pitkittynyt jutustelu alussa saa hänet ihmettelemään, mitä haastattelijoilla on mielessään. (Hirsijärvi& Hurme 1991, 81.)

Haastattelu on vuorovaikutustilanne jonka haastattelijalla on laittanut alulle saadakseen tutkimuksen kannalta merkityksellistä tietoa. Haastattelijan tehtävä tilanteessa on kaksitahoinen: hänen tulee helpottaa tiedon kulkua ja sen jäsentämistä ja toisaalta kannustaa haastateltavaa. Haastattelijalta vaaditaan joustavuutta verbaalisten ja nonverbaalisten keinojen käytössä ja tilanteiden säätelyssä. (Hirsijärvi& Hurme 1991, 84.)

Kysyimme luvan haastattelujen nauhoitukseen ja kaikki asiakkaat suostuivat siihen. Nauhoitettujen haastattelujen kesto oli noin 12-20 minuuttia.

Haastattelut litteroitiin tekstiksi, jota kertyi 44 sivua.

5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineistoa kerätessä pitää jo alkuvaiheessa olla mietittynä analysointitapa. Analysointi alkaa mahdollisesti jo varsinaisessa haastattelutilanteessa. Opinnäytetyön tekijä tekee haastattelun aikana havaintoja ilmiöistä sekä niiden useudesta ja toistuvuudesta. Opinnäytetyön ollessa laadullinen tutkimus, aineisto säilytetään sanallisessa muodossa. Aineistoa analysoidessa käytetään päättelyä, joka voi olla induktiivista, deduktiivista tai abduktiivista. Aineistolähtöisyys on keskeistä induktiivisessa päättelyssä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 136.)

Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteessä. Sisällön kategorioiden muodostaminen voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai deduktiivista, jota ohjaa valmiit teemat. Tässä opinnäytetyön analyysissä on käytetty induktiivista tutkimustapaa. Aineisto kuvataan pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Aineisto pelkistetään etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa vaiheessa ryhmitellään pelkistetyt ilmaisut erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimiseen. Kolmannessa vaiheessa abstrahoidaan eli kategorioidaan samansisältöiset analyysit toisiinsa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Sisällön analyysi on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin ensimmäinen vaihe on sen analyysi- tai merkitysyksikön määrittäminen, jota aineistosta etsitään, esimerkiksi

yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Opinnäytetyön haastattelut tallennettiin, jonka jälkeen aineisto kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin. Puhtaaksikirjoitus tehtiin tarkemmalla tasolla mihin kuului puhe, täytesanat ja toistot. Sanasta sanaan kirjoittaminen on aikaa vievää ja työlästä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 140.)

Tämän opinnäytetyön haastattelun vastaukset analysoitiin sisällön analyysimenetelmää hyödyntäen. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat useaan kertaan haastattelujen litteroinnit, jotta kokonaisuus hahmottuisi. Aineistoa ei voi analysoida ellei sitä lue ensin. Sisällöt ovat jo tuttuja, koska aineisto on ollut jo esillä haastattelutilanteessa ja purkamisvaiheessa. Aineiston lukemiseen varattiin aikaa ja se luettiin useaan kertaan. Siten aineistosta alkaa useimmiten syntyä ajatuksia ja kiinnostavia kysymyksiä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 143.)

Puoliavoimien kysymysten vastaukset luokiteltiin teemojen mukaisesti. Vastausten yhdistävät tekijät alakategorioitiin. Näistä vastauksista saimme yhdistävän tekijän analyysiin, joka vastaa opinnäytetyömme tehtävään. Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa käytettiin haastateltavien vastauksia suorina lainauksina, säilyttäen kuitenkin vastaajien anonymiteetin.

Haastattelututkimuksissa ja erityisesti kvalitatiivisissa analyyseissa opinnäytetyön tekijän pyrkimyksenä on päätyä onnistuneisiin tulkintoihin. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 151.) Tulkinta on merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa aineiston analyysissa. Tulkinta on sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja määrittelee niistä omia johtopäätöksiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 213.)

6 ASIAKKAAN KOKEMUKSIA SAIRAALASTA KOTIUTUMISESTA

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui kuusi henkilöä iältään 59 – 91 vuotta. Sairaalassaolo vaihteli muutamasta päivästä viikkoihin. Useimmat olivat tyytyväisiä kotiutumiseen vaikka epävarmuus kotona selviytymisestä oli mielessä. Tutkittavat olivat erilaisia haastateltavia. Osa kertoi hyvin monisanaisesti kokemuksistaan, osa taas lyhyemmin. Yksi haastateltava asui puolisonsa kanssa, muut olivat yksinasuvia henkilöitä.

6.1 Sairaalahoidosta kotiutuneen asiakkaan kokemuksia kotiutumisestaan

Kokemukset kotiutumisesta olivat pääosin positiivisia. Useimmilla selviytyminen kotona aiheutti huolta, mutta heidän mielestään pitkä sairaalassaoloaika aiheuttaa epävarmuutta tulevassa arjessa.

” Nii, minähän olin avuto ensistään ku mikkää paikka ei toiminu, ei tahtonu heiluttoa, maalima heilu, mutta yllätys yllätys, se rupes hyvin menemään sitte.”

” Kyllä se ihan auttavasti se kotiutus meni, kun kerran henki kulki ja ei ahistanu niin mahottomasti.”

Kotiutustiimin toiminnasta useimmilla ei ollut tarkkaa käsitystä. Kotiutustiimi oli monille vieras ja useimmat eivät tieneet ketkä kotiutumisen jälkeen kävivät kotona ensimmäisinä päivinä. Kotiutustiimi miellettiin usein kotihoidon henkilökunnaksi.

” No, ei siitä kukaan maininnut mitää että tällasta olis ollut”.

” Ymmärsin, että kun on pitempiä aikoja sairaalassa ja vaikeimmin sairaita, niin sitten”.

Kotiutuspalaveri ennen sairaalasta pääsyä koettiin hyväksi. Mukana olevien omaisten osuus koettiin myös tärkeäksi, koska joidenkin mielestä itse ei välttämättä osannut siinä tilanteessa muistaa kaikkia asioita.

” Sai kertoa asioita”.

” Kyllä ne siinä silloin kun palaveria pidettiin niin puhuttiin kaikki että käyvään kotona mahdollisesti ja pärjäänkö minä yksin ja sitten että hoitajat niinku neuvo mua kun he kävivät täällä”.

” Ei siinä mitään ongelmia ollut. Se on ihan hyvin mennyt alusta alkaen”.

Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä että kotiutusajankohta oli sopiva. Lähes kaikki olivat tyytyväisiä että pääsevät sairaalahoidosta kotiin. Kuntoutus sairaalassa sekä toimintakyvyn kartoitus ennen kotiutusta koettiin välttämättömäksi kotona selviytymiselle. Fysioterapeutin kotikäynti antoi turvaa ja oikeita toimintatapoja esimerkiksi apuvälineiden kanssa kotioloissa.

” Joo, kyllä se ainoa asia oli kun tulin kun tuo kärry (rollaattori), ei mahtunut menemään vessanovesta sisään”.

6.2 Kotiutumisen suunnittelu

Kotiutumisen suunnittelu aloitetaan jo sairaalaan joutuessa. Suunnitelman kokonaisvaltainen arviointi ja toteutus ovat onnistuneen kotiutumisen lähtökohtana. Asiakkaat kokivat oman kotiutumisensa eri tavoin, riippuen sairauden ja toipilasajan pituudesta.

”Kyllä hirveen hyvän huolen pitivät, että kyllä täytyy sanoa että asiat hoidetaan hyvin”.

”Hoitajien kanssa keskusteltiin ennen lähtöä, ei siinä mittää, taksin tilasin ja lähin kottiin”.

” No ei sitä varmaa suunniteltu lainkaan. Siellä oli tietty häslinki päällä, kova kiire ja tota mä en meinannu päästä pois, kun en meinannu saada papereita ulos ja siellä oli vaan semmosta”.

Palveluiden saatavuus ja yhteystiedot olivat joillekin epäselviä. Myös se kenelle palvelut kuuluvat koettiin hankalaksi ymmärtää. Kotiutumisen suunnittelussa haluttiin enemmän selkeyttä palveluiden saatavuudesta ja myös siitä mitä palvelut sisältävät.

”Ei mulle ollu oikein ymmärrystä eikä ole vielääkään, että mikä on heidän toimenkuvansa”.

” ..ja sitte mä kaivoin tuon kaupungin puhelinluettelon, että minkälaista palvelua on saatavilla ja mistä”.

Asiakkaiden toimintakykyä ja arjen selviytymistä kartoitettiin kotiutuspalaverin yhteydessä. Kotiutumisen edellytyksenä on että toimintakyky on sen mukainen että asiakas pärjää arjessa. Oma toimintakykynsä muutamit haastateltavat kokivat samanlaiseksi ennen sairaalaan joutumistaan.

"Hyvin minä pärjäsin kotona, ei siinä jumppaa tarvittu".

"Sisukkaasti opeteltiin, että täytyy ruveta jo kävelemään, muuten ei tule mitään".

"No, ei sitä toimintakykyä sen kummemmin tutkittu, katottiin vaan että miten minä selviän, pesuissa autettiin siellä sairaalassa ja kotonakin vähän aikaa".

"Fysioterapeutin kanssa jumpattiin ahkerasti, kottiin ei päässy enneku käytävän päähän jakso kävellä..".

6.3 Kotiutumisen kehittäminen

Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kotiutumiseen ja heillä ei ollut selkeitä kehittämistarpeita.

" No sillä tavalla, kun se nyt oli. Se oli hyvä, kun ne oli täällä ja auttoivat petiin ja lämmittivät ruuan"

"Kylläkai siinä olis hyvä laittaa, ensin tehdä selväksi, mitä ne tekee ja mitä ne ei tee."

" Mieluummin varmistetaan, että tulee kotiin aikaan ja on semmosessa kunnossa"

Turvallisuuden tunne tulee hyvin suunnitellusta kotiutumisesta. Kotiin tulee järjestää palvelut, jotta kotona pärjää. Asiakkaan tulee osallistua kotiutumisen suunnitteluun, hänen oikeuksiaan ja toiveitaan tulisi kuunnella palveluja järjestettäessä, jotta kaikki saisivat palvelut joita tarvitsevat. Asiat olisi hyvä sopia vielä sairaalassa ollessa.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä selkeitä kriteereitä, kuin määrällisen tutkimuksen kyseessä ollessa. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että arviointikriteerit eivät eroa paljoakaan toisistaan määrällisessä tai laadullisessa tutkimuksessa. Tämän mielipiteen edustajat esittävät tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi validiteetin ja reliabiliteetin, mutta antavat käsitteille kuitenkin määrällisestä tutkimuksesta poikkeavan sisällön. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215.)

Laadullisessa tutkimuksessa on vaikeaa ennalta arvioida tarvittavan ja riittävän aineiston kokoa. Laadullisen tutkimuksen aineisto ei pyrikään olemaan kaiken kattava otos tietyistä joukosta vaan samassakin tutkimuksessa voidaan käyttää useampaakin aineistoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan henkilökohtainen näkemys, jossa ovat

mukana hänen omat tunteensa ja välitön tietäminen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215.)

Asiakkaiden valinta tapahtui kotiutustiimin hoitajien toimesta. Hoitajat olivat jossain vaiheessa olleet asiakkaiden kotiutumisen mukana. Saimme haastateltaviksi kuusi henkilöä, iältään 59 – 91 vuotiaita jotka asuvat Keuruulla. Heidän sairaalassaolo- aika vaihteli muutamasta päivästä kuukausiin. Pohdimme tulosten luotettavuutta jo ennen haastatteluita, koska haastateltavat valikoituivat kotiutushoitajien toimesta. Mietimme millaisilla kriteereillä he valitsivat haastateltavat.

Opinnäytetyön aineiston luotettavuus riippuu haastattelujen laadusta. Esimerkiksi jos kaikkia haastateltavia ei ole haastateltu samalla tavalla tai jos tallenteiden kuuluvuus on epäselvää. Haastatteluaineisto ei voi olla luotettava, jos litterointi ei noudata samoja sääntöjä alusta loppuun ja jos luokittelu on sattumanvaraista. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 185.)

Valitsimme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelun, koska ajattelimme sen parhaiten tuovan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelussa haastateltavalla on vapaus kertoa omin sanoin asioista. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin samat kysymykset ja puhtaaksikirjoitus tehtiin tarkemmalla tasolla mihin kuului puhe, täytesanat ja toistot. Haastattelujen laatua parantaa myös se, että haastattelut litteroidaan mahdollisimman nopeasti, varsinkin jos opinnäytetyön tekijä haastattelee ja litteroi aineiston itse. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 185.)

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Aihe opinnäytetyöhön tuli työelämästä. Haluttiin tietoa asiakkaiden kokemuksista kotiutustiimin toiminnasta. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa tietoa ja kaikessa tutkimuksessa peruskysymys on, mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 28.) Tällöin pohditaan aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti sekä miten kyseinen tutkimus vaikuttaa tutkimukseen osallistujille. Vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä tutkittavien anonymiteetti on keskeistä huomioida. Tutkimusaineistoa ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolella oleville ihmisille. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 177, 179.)

Ihmisiin suuntautuvissa tutkimuksissa sanotaan tärkeimpänä eettisinä sääntöinä informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, yksityisyys ja seuraukset. Eettisiä kysymyksiä on kyllä muitakin ja ne voivat olla esimerkiksi vallankäyttöä koskevia, tutkijan menettelyä ammattilaisena, tutkimuksen rahoitusta tai laillisuus kysymyksiä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava ei ole tutkimuskohde vaan tutkittavan ja tutkijan välillä on tutkimussuhde, johon voi liittyä monimutkaisia suhteita ja kommunikointia, joten tutkijan tulee arvioida jatkuvasti tutkimuksensa etiikkaa. Tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutus tulee esiin siinä, ettei tutkija voi pitää tutkittavaa passiivisena kohteena, hän kuuluu tutkittavan maailmaan. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 29.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineiston keräämisessä havainnointia, haastatteluja ja erilaisia dokumentteja, jolloin kyseessä on välitön

vuorovaikutussuhde. Tutkittavalla on oikeus saada riittävästi tietoa esimerkiksi havainnoinnista tai nauhurin käytöstä. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 30.)

Opinnäytetyön tekijät korostivat haastateltaville haastattelun osallistumisen vapaaehtoisuutta ja opinnäytetyön luottamuksellisuutta. Haastateltavilta kysyttiin lupa tallentaa haastatteludialogi, jotta kaikki oleellinen tieto saadaan asiakkaan kotiutuskokemuksista. Haastattelijoiden ja haastateltavan välille syntyi vuorovaikutuksellinen tutkimussuhde, jossa haastateltava toimi aktiivisena kohteena. Molemmilla opinnäytetyöntekijöillä on kokemusta kotihoidosta ja asiakkaan kotiutumisesta sairaalasta. Haastattelun tekeminen oli haastavaa, koska tilanne poikkesi normaalista kotikäynnistä. Iäkkäillä asiakkailla oli tarve keskustella ja asiat rönsyilivät herkästi toisiin aiheisiin tai menneisiin kotiutuskokemuksiin tai heillä ei ollut varsinaisia mielipiteitä kotiutuksesta.

7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020 valmistui keväällä 2011. Strategiassa korostetaan arvoja, jotka muodostavat toiminnan sisintä ja ohjaavat käytäntöä. Tarkastelemme opinnäytetyön tuloksia strategian arvojen näkökulmasta.

Tarkoituksellinen arki on sitä, että jokaisella on oikeus omaan kotiin, kodinomaiseen asumiseen ja ainutlaatuiseen elämään. Tarkoituksellista arkea tuetaan kanssaihminen ja hoitohenkilöstön ajattelu- ja asennoitumistavassa ja teot tehdään näkyviksi. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 10.)

Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että asiakkaat olivat tyytyväisiä päästessään kotiin ja kokivat turvallisuutta siitä, että arjen sujuvuus varmistettiin hoitajien toimesta. Yleensä ottaen asiakkaat olivat tyytyväisiä kotiutukseen ja kokivat sen oikea-aikaisena. Terveyskeskuksen kotiutushoitaja ja Keuruun Kaupungin kotiutustiimin hoitajat sekoittuivat asiakkaiden käsityksissä. Useimmat eivät olleet tietoisia kotiutustiestä vaan rinnastivat heidät kotihoidon hoitajiksi. Asiakkaat olivat halukkaita lähtemään kotiin, kun lääkäri määräsi ja luottivat hänen arvioon kotona pärjäämisen suhteen. Terveystieteiden asiakaslähtöisyys korostaa asiakkaiden ja heidän läheisten näkökulmaa, mutta miten se näytetään kotiutuksen kiireellisyydessä.

Osallisuutta ja ikäihmisen ääntä tulee edistää kaikin tavoin. Ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus tulla kuulluksi ja olla aloitteellinen itseään koskevilla asioilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ja toteuttamisen pohjana tulee ensisijaisesti olla asiakkaan palvelutarve, hänen omien voimavarojen vahvistaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Asiakasta ei pidetä toiminnan kohteena vaan hänellä tulee olla aina mahdollisuus osallistua omaan palvelunsa ja avun tarpeensa suunnitteluun ja sen toteuttamisesta päättämiseen. Ihmislähtöisyydellä tavoitellaan sitä, että ihminen kokee tullessaan autetuksi palvelua saatuaan. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 11.)

Haastatteluissa kävi ilmi, että asiakkaan kotiutumisen suunnittelua ei aina aloitettu ajoissa, hänen vielä sairaalassa ollessaan. Osa haastateltavista koki, etteivät tulleet kuulluiksi eivätkä voineet osallistua omien asioidensa päätöksen tekoon, jos kotiutumista ei suunniteltu ja hänen palvelutarvettaan ei kiireellisyyden vuoksi kartoitettu. Tämä voi johtaa siihen, että asiakas saattaa pian olla uudelleen sairaalassa. Tuloksista selvisi myös, että asiakas ja

kotiutushoitajat tapasivat useimmiten ensimmäistä kertaa asiakkaan kotona kotiutumisen jälkeen.

Kotiutushoitajien palvelujen kartoitus kotiutumisen jälkeen edistivät toimintakykyä ja kuntoutumista kotona. He olivat myös tyytyväisiä siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.

Työn aikana olemme usein pysähtyneet pohtimaan asiakaskeskeisyyttä, terveydenhuollossa se on asiakkaita, potilaita, heidän omaisiaan ja läheisiään korostava näkökulma. Miten tämä oikeasti näyttäytyy kotiutumistilanteessa, joissa taloudelliset seikat ja niukat resurssit tuntuvan määrittävän kotiutumisvalmiutta, ei välttämättä aina potilaan valmiutta kotiutua turvallisesti.

Opinnäytetyö osoitti asiakaslähtöisen kotiutumisen suunnittelun tärkeäksi lähtökohdaksi onnistuneelle kotona selviämislle sairaalassaolon jälkeen. Valmisteilla olevan vanhuspalvelulain mukaan meidän tulee turvata iäkkäiden ihmisten voimavaralähtöistä ja yksilöllistä palvelukokonaisuutta, jolloin hänellä on mahdollisuus elää itsenäistä, turvallista ja mielekästä elämää omassa elinympäristössään. Laissa sanotaan myös, että iäkkäiden henkilöiden aktiivisuutta ja osallisuutta omassa arkielämässään tuetaan vahvistamalla heidän asemaansa omiin asioihinsa vaikuttamisessa niin palvelujen suunnittelussa kuin yhteiskunnassakin.

Kohtaamisessa ihmisen arvo ja ainutlaatuisuus eivät ole vain sanoja, vaan ne tulevat oikeasti näkyviksi jokaisessa teossa, valinnassa ja päätöksessä. Jokaisella on oikeus tulla huomatuksi ja kohdatuksi omana yksilönään. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 11.)

Haastateltavat kokivat, että heitä kohdeltiin ystävällisesti ja asiantuntevasti. Heidän kokemuksensa saamastaan palvelusta toi turvallisuuden tunnetta, joka mahdollistaa selviytymisen toipilasvaiheessa.

Keuruun vanhuspoliittinen strategia perustuu siihen lähtökohtaan, että ikääntyneet kuntalaiset ovat tärkeä voimavaramme joista pidämme yhteisvastuullisesti huolta toimintakyvyn ja terveyden alentuessa. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020, 12.)

Haastattelujen perustella voi todeta, että asiakkaat olivat tyytyväisiä kotiutukseen. Onnistunut kotiutuminen palautti toimintakyvyn nopeammin tasolle mitä se oli ennen sairaalaan joutumista. Moniammatillinen yhteistyö ja voimavarojen huomioiminen asiakkaan kotiutumisen suunnittelussa ja toteutuksessa toivat positiivisen kokemuksen hyvästä kotiutumisesta.

7.4 Ammatillinen kehittyminen

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja haasteellinen oppimisprosessi. Työn edetessä olemme huomanneet oman kokemattomuutemme tutkijoina. Olemme oppineet opinnäytetyötä tehdessämme etsimään tutkittua tietoa ja arvioimaan sitä kriittisesti. Käsitteet ovat selkeytyneet ja syventyneet.

Työelämässä sairaanhoitaja tarvitsee jokapäiväiseen työhönsä uutta tutkimustietoa, jotta voi toteuttaa laadukasta hoitotyötä ja kehittää sitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisina meillä on velvollisuus päivittää tietoja ja soveltaa niitä hoitotyöhön. Omaa ammatillista kehittymistä edistämme etsimällä perusteluja tekemillemme ratkaisuille ja toiminnalle.

Tämän prosessin aikana meille on vahvistunut suunnittelun tärkeys kotiutumisosessissa. Hyvin suunniteltu kotiutuminen on terveyttä edistävää, jossa huomioidaan kotiutujan yksilöllisyys, itsenäisyys ja voimavaralähtöisyys sekä otetaan hänet mukaan omien asioidensa päätöksen tekoon ja suunnitteluun.

LÄHTEET

- Grönroos E., Perälä M 2006. Kotiutumisen onnistuminen -kotihoiton henkilöstön näkökulma. Sairaanhoidaja- lehti 2006: 79(3.)
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoitossa ja kotiutumisessa. Kotihoiton asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S., Hurme, H. 1991. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S., Remes, P, Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10.p., uud. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Porvoo: WSOY
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.5.2011. [http:// www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)
- Ikonen, E-R., Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima
- Kankkunen, P., Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy
- Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020. Viitattu 15.5.2011. <http://www.keuruu.fi/fileadmin/Tiedostot/Vanhuspalvelut/Vanhusstrategia2011.pdf>
- Koivumäki, A. Kotiutushoitaja. Keuruun Kaupunki. Haastattelu 27.1.2011
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Tampereen yliopisto, pro gradu.
- Kotihoiton laskenta 30.11.2009. Viitattu 4.1.2011 http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr16_10.pdf

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopistollisen sairaalan artikkeleita no 1 / -99.

Leino-Kilpi, H., Vuorenheimo J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 68. Helsinki: VAPK - kustannus.

Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta. STM viitattu 20.6.2011.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15130.pdf

Malin, M. 1996. Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia. Helsinki: WSOY

Männistö, T. 1998. Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Pro gradu. Turku. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Nieminen T., 2000. Sairaalasta kotiutumisprosessi vanhuksen näkökulmasta. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Outinen M., Holma T & Lempinen K, 1994. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.

Palko – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito, 2009. Viitattu 1.6.2011 <http://info.stakes.fi/palko/FI/index.htm>

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Ruotsalainen, P. 2000. Asiakslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi.

Salomaa, E. 2004. Vanhuksen kotiuttaminen perusterveydenhuollossa - hoitajien kuvaamana. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. Esitteitä 1999:4.X Viitattu 15.4.2011. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/vanhuspo/vanhpo4.htm>

Terveyden - ja hyvinvoinninlaitos.X Viitattu 6.6.2011. [Kotiutus- ja hoitokäytännöt kunnissa - Palko - Stakes](#)

Tuli, S., Selin-Hannola, L. Kotio - hanke. Kotiutustiimin toiminnan käynnistäminen ja mallintaminen. Loppuraportti. Tampereen kaupunki. 1.11.2007-31.12.2009. Viitattu 22.4.2011.

http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5nRFwkWn3/Kotiohankkeen_1_oppuraportti.pdf

Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 12.3.2011. <http://www.toimia.fi/>

Vaarama, M., Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Varto J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vesaranta, H. 2009. Talousraportti. Kotiutustiimi 2008. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5nRFwkWn3/Kotiohankkeen_1_oppuraportti.pdf

Voutilainen, P., Vaarama, M. 2005. Toimintakykykymittareiden käyttökäyttyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Viitattu 23.4.2011. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Suostumus haastatteluun

Arvoisa kotiutuja

Olemme hoitotyön opiskelijoita Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyönämme kartoitusta Keuruun kaupungin vuosi sitten alkaneen kotiutushoitajien toiminnasta asiakkaan näkökulmasta. Tarkoituksenamme on selvittää kuinka asiakkaat kokevat kotiutumisen sairaala- tai laitoshoidosta omaan kotiin. Tavoitteenamme on löytää mahdollisia kehittämistarpeita toiminnan edistämiseksi ja näin ollen luoda asiakkaalle laadukkaampaa kotiutumisprosessia.

Pyytäisimme saada lupaa tulla haastattelemaan teitä. Haastattelun pohjana on kysymyksiä joihin teidän vastauksenne olisivat tärkeitä kehittääksemme kotiutumista.

Olemme vaitiolovelvollisia. Haastattelu ja vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin

Marjo Mitronen

Pirjo Solmula

Liite 2. Haastattelurunko asiakkaan kokemuksista kotiuttamistiimin toiminnasta

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli 1. Mies 2. Nainen

2. Syntymävuosi_____

3. Asuinmuoto 1. Omakotitalo

2. Rivitalo

3. Kerrostalo

4. Palvelutalo

5. Muu, mikä

4. Asumistapa

1. Yksin

2. Puolison kanssa

3. Lasten kanssa

4. Sukulaisten kanssa

5. Omaisten ja läheisten osuus arjessa?

6. Oletteko olleet sairaala- tai laitoshoidossa viimeisen vuoden aikana?

1. Kyllä

2. Ei

7. Oletteko olleen sitä aiemmin sairaala- tai laitoshoidossa?

1. Kyllä

2. En

8. Oletteko tietoinen Keuruulla vuosi sitten alkaneesta kotiuttamistiimin toiminnasta

1. En ole tietoinen

2. Olen tietoinen

9. Jos olette olleet sairaala- tai laitoshoidossa viimeisen vuoden aikana ja sitä ennen, koetteko että kotiutustilanne olisi muuttunut?

1. Kyllä

2. En

10. Miten kotiuttamistiimin toiminnan aloittaminen on mielestänne muuttunut toiminnan alettua verrattuna aiempiin kotiuttamistilanteisiin?
(Kysytään, jos kotiuttamisia on ollut ennen toiminnan aloittamista)

ASIAKKAAN KOKEMUKSIA KOTIUTUSTILANTEENSTA

11. Oliko kotiutus mielestänne suunniteltu hyvin?

12. Mitä on mielestänne hyvä kotiutuminen sairaalasta?
13. Kartoitettiin toimintakykyne ennen kotiutusta?
14. Turvallisuus, kotona selviäminen esim. ruoka ja kauppa-asiat
14. Huomioitiinko toiveenne ja mahdolliset huolenaiheetne kotiutustilanteessa?
15. Olivatko läheiset / omaiset mukana kotiuttamissuunnitelmassa?
16. Kotiutettiin teidän mielestänne oikeaan aikaan?
17. Olitteko tyytyväinen kotiutukseen

Liite 3. Yhteenveto tutkimuksesta

