



Kotihoidon korkeimmassa päivystys- käyntitarpeen riskissä (DIVERT = 6) ole- vien asiakkaiden tunnistaminen ja toi- menpiteet

Tutkimuksellinen kehittämistyö

Jutta Lindberg

Opinnäytetyö, AMK

Tammikuu 2025

Sosionomi (AMK)

Lindberg, Jutta

Kotihoidon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä (DIVERT = 6) olevien asiakkaiden tunnistaminen ja toimenpiteet

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tammikuu 2024, 27 sivua.

Sosionomin tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Keski-Suomen hyvinvointialueelle, jonka laajassa alkuvuodesta 2024 tehdyssä selvityksessä oli havaittu hyvinvointialueella olevan paljon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevia kotihoidon sairaanhoidollisia asiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamista ja toimenpiteitä tunnistamisen jälkeen.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä, joka rajautui erityisesti erään kotihoidon alueen sairaanhoitajien ja ohjaajan kokemuksiin. Kehittämistyöhön kuului suunnittelun ja teoreettisen viitekehysten kokoamisen jälkeen toteutusvaihe. Toteutusvaiheessa aineistoa kerättiin laadullisen tutkimuksen menetelmillä kotihoidon arjen työssä keskustelemalla kotihoidon sairaanhoitajien kanssa sekä työpajatyökentelyä hyödyntämällä. Aineisto piti sisällään myös RAI-järjestelmästä saatavat DIVERT-raportit sekä RAI-kokonaisarviointien raportit. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Keskeisimpiä löydöksiä olivat turvallinen ja ajantasainen lääkehoito, kotihoidon heikot vaikutusmahdollisuudet sekä jatkuva palvelutarpeen arviointi. Johtopäätöksenä todettiin, että selkeitä toimenpiteitä asiakkaiden kanssa toimimiseksi nousi esiin, vaikka asiakkaiden päivystyskäyntitarpeen riskimittaria (DIVERT) ei saatukaan laskettua seurantajakson aikana. Näitä toimenpiteitä olivat muun muassa lääkehoidon kokonaisarvioinnin ajantasaisuuden tarkistaminen, kotihoidon sairaanhoitajan käynnit säännöllisesti, kotihoidon käyntimäärien seuranta ja jatkuva palvelutarpeen arviointi sekä tarvittaessa asiakkaan tilanteen käsittely kotihoidon moniammatillisissa tiimissä. Kehittämistyön lopputuloksena syntyi ensimmäinen toimintamalli kotihoidon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseksi ja heidän kanssaan toimimiseksi tutkittavalle kotihoidon alueelle.

Avainsanat (asiasanat)

Ikääntyminen, ikääntyneiden palvelut, kotihoito, kotihoidon ohjaaja, RAI-järjestelmä, DIVERT-mittari

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Lindberg, Jutta

Identification and measures of home care nursing clients with a highest risk of emergency room trips (DIVERT = 6)

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, January 2025, 27 pages.

Bachelor's Degree Programme in Social Services. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The thesis was commissioned by the Central Finland Welfare Area, where a comprehensive survey conducted in early 2024 identified a significant number of home care patients at high risk of needing emergency room trips. The purpose of the thesis was to improve the identification of patients at the highest risk of emergency room trips and to establish actions to take after identification.

The thesis was carried out as a research development project, focusing particularly on the experiences of district nurses and social coordinators in home care in a specific home care area, as well as the experiences of social coordinators involved in a RAI pilot project. The development process involved a planning phase, followed by the implementation phase after gathering a theoretical framework. During the implementation phase, data was collected through qualitative research methods, including discussions with home care nurses in everyday practice and utilizing workshop activities. The data also included reports generated by the RAI system. The data was analyzed using material-based content analysis.

Key findings included the importance of safe and up-to-date medication management, the limited ability of home care to influence the situation and the evaluation of possible interventions, as well as the continuous assessment of service needs. The conclusion stated that although the risk meter for emergency room trips (DIVERT) could not be decreased during the follow-up period, clear actions for working with the patients emerged. These actions included ensuring the timeliness of medication assessments, regular visits by home care nurses, monitoring the number of home care visits, continuous evaluation of service needs, and, when necessary, discussing the patient's situation in a multidisciplinary home care team. The outcome of the thesis was the creation of the first operational model for identifying and working with home care patients at the highest risk of emergency room trips.

Keywords/tags (subjects)

Aging, services for the elderly, home care, social coordinator in home care, Resident Assessment Instrument, DIVERT scale

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Ikääntyneiden palvelut	4
2.1	Kotihoito.....	5
2.1.1	Kuntouttava arviointijakso.....	6
2.1.2	Säännöllinen kotihoito.....	6
2.1.3	Kotihoidon ohjaaja.....	7
2.1.4	Kotihoidon moniammatillinen tiimi.....	7
2.2	Tukipalvelut.....	8
2.3	Asumispalvelut.....	8
3	RAI-järjestelmä.....	9
3.1	Aiempi tutkimus.....	10
4	Kehittämistyön toteutus	11
4.1	Tiedonhaku.....	12
4.2	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	12
4.3	Kehittämisprosessin kuvaus.....	13
4.4	Aineistonkeruu.....	13
4.5	Aineiston analyysi.....	14
4.5.1	Sairaanhoidajilta kerätty aineisto.....	15
4.5.2	RAI-järjestelmän raporteista saadut tiedot.....	16
5	Keskeisimmät löydökset	17
5.1	Pääteemat ja yläteemat.....	17
5.2	Asiakastapaukset.....	18
6	Johtopäätökset.....	21
7	Pohdinta.....	23
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	24
7.2	Jatkokehittäminen ja hyödynnettävyys.....	25
	Lähteet	27

Kuviot

	Kuvio 1. Kehittämisprosessi lineaarisen mallin mukaan (Mts. 64-65).....	13
--	---	----

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä	15
Taulukko 2. Asiakkaiden DIVERT-mittaria nostavat tekijät.....	17

1 Johdanto

Suomen väestön ikärakenne on murroksessa ja iäkäs väestö kasvaa. Väestön ikääntymiseen vaikuttavat suurien ikäluokkien tulo iäkkäiksi sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Muutos tulee olemaan seuraavien vuosikymmenien ajan niin merkityksellinen, että sen vaikutukset koskettavat koko yhteiskuntaa ja eri toimijoita. Muutos aiheuttaa haasteita hyvinvointivaltiolle ja edellyttää valmistautumista ja mukautumista entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. (Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi 2020.)

Keski-Suomen hyvinvointialueella kotihoidon sairaanhoidollisten asiakkaiden määrä on noussut muutaman vuoden aikana 4–5 %. Korkeimman päivystyskäyntitarpeen riskin (DIVERT = 6) asiakkaiden määrä on jopa 10 %. Nämä asiakkaat kuormittavat sote-palveluita ja heillä on erittäin suuri riski uusille päivystyskäynneille tai sairaalajaksoille. Taloudellisesta näkökulmasta on merkityksellistä tunnistaa ja vaikuttaa kotihoidon asiakkaiden osalta päivystyskäyntitarpeen riskin tunnistamiseen jo varhaisesti ja säännönmukaisesti. Riskiryhmään kuuluvien asiakkaiden tunnistaminen ja heidän kokonaistilanteensa selvittäminen voisivat vähentää kotihoidon asiakkaiden päivystyskäyntien ja sairaalahoidon tarvetta. (Raappana & Kivistö 2024, 2.)

Keski-Suomen hyvinvointialueella käynnistyi ”Sairaanhoidolliset asiakkaat kotihoidossa” RAI-pilotti, jonka vetäjänä toimi eräs hyvinvointialueen RAI-koordinaattori ja osallistujina oli kotihoidon ohjaajia muutamilta eri kotihoidon alueilta. Pilotin tavoitteena oli kehittää kotihoidon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä (DIVERT = 6) olevien asiakkaiden tunnistamista ja toimenpiteitä tunnistamisen jälkeen. Kotihoidon ohjaajat toimivat jatkossa tiimeissään korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden koordinoijina tässä uudessa, kehitteillä olevassa palveluprosessissa. Kotihoidon ohjaajalla on sosiaalialan ammattilaisena keskeinen rooli asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, palvelujen suunnittelussa sekä päätöksenteossa moniammatillisesti (Kotihoidon ohjaajan tehtävänkuvaus 2024, 1).

Opinnäytetyön lähtökohta ja kehittämistarve tulivat esiin RAI-pilotin käynnistyessä. Toimeksiantaja oli nähnyt pilotissa kehitettävän prosessin potentiaalisena opinnäytetyön aiheena. Toimeksiantajana toimi eräs Keski-Suomen hyvinvointialueen kotihoidon alue, joka osallistui kotihoidon RAI-pilottiin. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Miten korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan ja miten tunnistamisen

jälkeen toimitaan? Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä ja aineistoa kerättiin kolme kuukautta kestäneen seurantajakson ajan RAI-järjestelmän antamista raporteista sekä tutkittavan kotihoidon alueen sairaanhoitajilta. Opinnäytetyössä tarkasteltiin seurantajakson ajan kotihoidon käytännön työtä arjessa, korkeimmassa päivistyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden uuden palveluprosessin kehittämiseksi.

Opinnäytetyön tekijä toimi kyseisellä kotihoidon alueella kotihoidon ohjaajana ja osallistui myös RAI-pilottiin. Opinnäytetyön tekijällä oli hyvät lähtökohdat opinnäytetyön tekemiseen kotihoidon ohjaajan työkokemuksen sekä RAI-järjestelmän käytön osaamisen kautta. Opinnäytetyöllä haettiin toimintatapaa uuden, ajankohtaisen palveluprosessin kehittämiseksi, joten se herätti erityistä mielenkiintoa myös opinnäytetyön tekijässä. Mielenkiintoa lisäsi mahdollisuus päästä kehittämään täysin uutta toimintamallia omalle työpaikalle. Lisäksi opinnäytetyön tekeminen toimeksiantona omalle työpaikalle mahdollisti opiskelijan sekä työntekijän roolin yhdistämisen ja näin ollen antoi erinomaisen mahdollisuuden kehittää omaa asiantuntijuutta sekä ammatillista kasvua.

2 Ikääntyneiden palvelut

Vanhuspalvelulain (980/2012, 3 §) mukaan ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja iäkkäällä henkilöllä henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden tai lisääntyneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeasta iästä johtuvan rappeutumisen vuoksi. Ikääntymisen käsite on kuitenkin hyvin laaja ja sitä voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Pikkaraisen (2013, 25) mukaan numeerisen iän lisäksi ikääntymistä voidaan tarkastella ruumiillisen, psyykkisen tai henkisen, sosiaalisen, kulttuurisen ja koetun sekä subjektiivisen iän näkökulmista.

Väestön ikääntyessä hoitoa tarvitsevien ikääntyneiden määrä kasvaa. Ikääntyneiden palvelut järjestetään osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja palveluita järjestävät hyvinvointialueet. (Palvelut ja etuudet iäkkäille N.d.) Aluehallintovirastot ja Valvira valvovat ikääntyneiden palveluiden toteutumista (lääkkäiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa N.d.). Ikääntyneiden palveluiden ensisijaisia palvelumuotoja ovat kotihoito sekä kotiin annettavat tukipalvelut. Kotona asumista tuetaan myös esimerkiksi kuntouttavan päivätoiminnan sekä kuntoutusjaksojen avulla. (Keski-Suomen hyvinvointialue Ikääntyneiden asumisen palveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2024, 7.)

Ennen palveluiden aloittamista asiakkaalle tehdään palvelutarpeen arviointi. Keski-Suomen hyvinvointialueella palvelutarpeen arvioinnista voidaan sopia ottamalla yhteyttä keskitettyyn asiakas- ja palveluohjaukseen. (Kuntouttava arviointijakso, N.d.) Kun tieto sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä on tullut, kiireellinen avun tarve arvioidaan välittömästi. Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta, kun kyseessä on yli 75-vuotias henkilö tai henkilö saa ylintä hoitotukea. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan yhdessä asiakkaan sekä tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Paikalle voidaan lisäksi pyytää tarvittaessa muita toimijoita. Arviointia tehdessä huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet, toiveet, mielipiteet sekä itsemääräämisoikeus. Ikääntyneelle henkilölle palvelutarpeen arviointia tehdessä tulee lisäksi noudata vanhuspalvelulaissa annettuja säädöksiä. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36 §.)

Palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakkaalle luotavalla asiakassuunnitelmalla, ellei sen luominen ole erityisen tarpeetonta. Asiakassuunnitelma koostuu muun muassa asiakkaan ja ammattilaisen antamista tuen tarpeen sekä palveluiden ja toimenpiteiden arviosta, asiakkaan ja ammattilaisen näkemyksen asiakkaan vahvuuksista sekä voimavaroista ja asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä määrittelemistä tavoitteista, joihin sosiaalihuollon palveluiden avulla pyritään. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 39 §.)

2.1 Kotihoito

Kotihoitoa järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Syitä heikentyneelle toimintakyvylle voivat olla muun muassa korkea ikä, sairaus tai vamma. Kotihoito huolehtii, että henkilö suoriutuu päivittäisistä elämään kuuluvista toiminnoista kodissaan ja asuinympäristössään. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19 a §.)

Keski-Suomen hyvinvointialueella on tavoitteena, että hyvinvointialueen asukkaat saavat palvelut oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Keskeisimpiä periaatteita ovat ennaltaehkäisevä toiminta, kuntouttava työote sekä yhteistyö. Palveluiden avulla tuetaan muun muassa asukkaiden hyvinvointia, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. (Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 3.) Valtakunnallinen tavoite on, että ikääntyneet ihmiset voivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään (Kotihoito, 2024).

2.1.1 Kuntouttava arviointijakso

Keski-Suomen hyvinvointialueella kotihoidon palvelut alkavat lähes poikkeuksetta kuntouttavalla arviointijaksolla. Poikkeustilanteita ovat saattohoito ja loppuvaiheen palliatiivinen hoito kotona. Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on tukea asiakkaan kuntoutumista mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen, arvioida asiakkaan palvelujen tarvetta sekä toimintakykyä kokonaisvaltaisesti sekä moniammatillisesti. Arviointijakso kestää useimmiten 4–6 viikkoa. (Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 18.)

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on, että asiakas kuntoutuu ja palvelujen tarve vähenee siten, että asiakas pystyy toimimaan arjessaan mahdollisimman itsenäisesti. Arviointijakson päätteenä tavoitteiden toteutumista ja palveluiden tarvetta arvioidaan moniammatillisesti kotihoidon tiimissä sekä asiakkaan ja tarvittaessa hänen lähipiirinsä kanssa. Jos arviointijakson aikana havaitaan, että kotihoidon myöntämisen perusteet täyttyvät, asiakkaalle tehdään keskitetyssä asiakas- ja palveluohjauksessa päätös säännöllisestä kotihoidosta. (Mts. 18–19.)

2.1.2 Säännöllinen kotihoito

Säännöllisen kotihoidon alkaessa asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma sekä RAI-kokonaisarviointi. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan muun muassa miten kotihoitoa toteutetaan sekä asiakkaan tavoitteet ja suunnitelma tavoitteita tukevista palveluista ja toimista. Hoito- ja palvelusuunnitelma päivitetään kerran puolessa vuodessa sekä tarvittaessa useammin asiakkaan palvelutarpeen muuttuessa. (Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 19.)

Säännöllinen kotihoito voi sisältää esimerkiksi perustarpeisiin liittyviä avustavia tehtäviä kuten ravitsemuksen toteutumisessa sekä henkilökohtaisessa hygienianhoidossa avustamista. Lisäksi kotihoito voi sisältää lääke- ja sairaanhoidollisia tehtäviä, kodinhoidollisia tehtäviä ja turvallisesta asuinympäristöstä huolehtimisesta. Edellä mainittujen tehtävien lisäksi kotihoito voi antaa esimerkiksi ohjausta ja neuvontaa sekä avustaa erilaisten etuuksien hakemisessa. (Mts. 19–21)

2.1.3 Kotihoidon ohjaaja

Kotihoidon ohjaaja on kotihoidon tiimissä toimiva sosiaalialan ammattilainen. Kotihoidon ohjaajalla on keskeinen rooli muun muassa asiakkaan palveluiden arvioinnissa, suunnittelussa ja päätöksenteossa. Ohjaaja arvioi asiakkaan toimintakykyä ja tilannetta laajasti sekä suunnittelee erilaisia palveluita ja tukikeinoja yksilöllisesti asiakkaalle sopivaksi. Ohjaaja hyödyntää palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa myös RAI-järjestelmän antamia tietoja. Ohjaaja toimii asiakkaiden ja tiimin tukena auttaen osaamisellaan. (Kotihoidon ohjaajan tehtäväkuvaus 2024, 1-2.)

Kotihoidon ohjaajalta edellytetään vähintään AMK-tason soveltuvaa tutkintoa, kuten sosionomi tai geronomi. Ohjaajalta vaaditaan laajojen kokonaisuuksien hallintaa sekä taitoa toimia verkostoissa, tiedonhankintataitoja sekä erilaisten tietojärjestelmien sujuvaa hallintaa, joustavuutta ja stressinsietokykyä sekä kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Ohjaajan tulee tuntea organisaation palvelut, myöntämisperusteet sekä erilaiset asiakasprosessit. (Mts. 1-2.)

Ohjaaja edistää kotihoidon tiimin moniammatillisuutta ja toimii moniammatillisen tiimin edustajana. Kotihoidon ohjaaja on keskeisessä roolissa moniammatillisen tiimin kehittämisessä sekä sen vakiinnuttamisessa käytäntöön. Kotihoidon ohjaaja kokoaa moniammatilliseen tiimiin asiakasasioita, esittelee ratkaisuehdotuksia sekä järjestää käytäntöön mahdollisia muutoksia. (Mts. 3).

2.1.4 Kotihoidon moniammatillinen tiimi

Kotihoidon moniammatillinen tiimi on toimintamalli, joka kehitettiin TulKoti-hankkeessa ajalla 1.1.2022-31.12.2023. Moniammatillisen tiimin tavoitteena on selkiyttää eri toimijoiden kuten kotihoidon, asiakasohjauksen sekä arkikuntoutuksen välistä asiakasprosessia ja vastuualueiden jakoa. Toimintamalli otettiin käyttöön useissa kotihoidon tiimeissä syksyllä 2023. (Rantamäki & Vesala 2023, 24.)

Kotihoidon moniammatillinen tiimi vahvistaa asiakaslähtöisyyttä, kun eri ammattiryhmien asiantuntemus saadaan systemaattisesti ja oikea-aikaisesti tukemaan asiakkaan palvelupolkua. Moniammatillinen tiimi mahdollistaa asiakkaan voimavarojen ja haasteiden tunnistamisen ja niihin puuttumisen oikeaan aikaan. Kun eri ammattilaisilla on selkeät vastuualueet, päällekkäinen työ vähenee ja asiakaslähtöisyys korostuu entisestään. (Mts. 24.)

Kotihoidon moniammatilliseen tiimiin osallistuvat kotihoidosta kotihoidon ohjaajat, vastaava sairaanhoitaja, sairaanhoitajat sekä tarpeen mukaan lähihoitajia ja hoiva-avustajia. Lisäksi moniammatilliseen tiimiin osallistuu arkikuntoutuksesta toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, keskitetystä asiakas- ja palveluohjauksesta kotiin vietävien palveluiden asiakasohjaaja sekä tarvittaessa asumisen palveluiden asiakasohjaaja.

2.2 Tukipalvelut

Sosiaalihuoltolain (1301/2014 19 §) mukaan tukipalveluilla tarkoitetaan palveluita, joilla parannetaan ja ylläpidetään henkilön kotona pärjäämistä jokapäiväisessä elämässä erilaisten palveluiden kuten muun muassa ateriapalvelun tai osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävien palveluiden avulla. Tukipalveluita voidaan järjestää korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyntä vuoksi, minkä vuoksi toimintakyky on heikentynyt.

Keski-Suomen hyvinvointialueella keskeinen tukipalvelu on turva-avustajapalvelu. Turva-avustajapalvelun avulla asiakas saa apua hätätilanteessa vuorokauden ympäri. Palvelun avulla saa apua äkillisen avuntarpeen ilmetessä, kuten kaatuessa, yleistilan heikentyessä sekä erilaisissa sairaskohtauksissa. Palvelun tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä sekä vahvistaa turvallisuuden tunnetta. Turva-avustajapalveluun on saatavilla lisälaitteita, joita myönnetään asiakkaalle yksilöllisen tarpeen mukaan. Lisälaitteita ovat muun muassa ovihälytint, palovaroitin sekä häikälytint. (Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 11.)

2.3 Asumispalvelut

Keski-Suomen hyvinvointialueella ikääntyneiden asumispalveluita ovat lyhytaikainen asuminen, lyhyt- ja pitkäaikainen perhehoito, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen sekä pitkäaikainen laitoshoido. Ikääntyneiden asumispalveluita hoitavat ikääntyneiden keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen SAS-tiimi. (Ikääntyneiden asumisen palveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 7.)

Keski-Suomen hyvinvointialueella kehitetään kotona asumisen tukemista muun muassa uusilla senioriasumismalleilla, yhteisöllisen asumisen kehittämisellä sekä perhehoidolla. Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuu pääasiassa hankalasti muistisairaita

sekä kliinisesti monisairaita tai vaikeavammaisia asiakkaita, jotka eivät enää pärjää kotonaan, yhteisöllisessä asumisessa tai perhehoidossa. (Mts. 4.)

3 RAI-järjestelmä

Ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia välineitä. Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on ollut velvollisuus käyttää RAI-järjestelmää ikääntyneen henkilön palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa 1.4.2023 alkaen. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 15 a §). RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja arvioinnin välineistö ja sitä käytetään ikääntyneiden sekä vammaispalvelujen asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin ja esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-järjestelmässä on eri arviointivälineitä, joita käytetään kohdenetusti eri käyttötarkoituksiin ja kohderyhmille. RAI-arvioinnista saadun tiedon avulla palvelut voidaan suunnitella yksilöllisesti ja tarpeenmukaisesti. (Tietoa RAI-järjestelmästä, N.d.) RAI-arvioinnin avulla saadaan monipuolista tietoa asiakkaan toimintakyvystä. RAI-arviointia tehdessä vastataan arviointikysymyksiin, joiden vastausten lisäksi saadaan arvioinnin valmistuessa asiakkaan toimintakykyä kuvaavat RAI-mittarit sekä voimavaroja ja riskitekijöitä kuvaavat herätteet.

MAPLE (1-5) eli palvelutarveluokkamittari kuvaa asiakkaan palvelutarvetta, huomioiden useita eri tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan palveluiden, avun sekä tuen tarpeeseen. ADL-H (0-4) eli arki-suoriutumisen perustoimintojen mittarin avulla saadaan selville, mistä päivittäisistä perustoiminnoista asiakas suoriutuu itsenäisesti ja missä hän tarvitsee apua. Mittari sisältää seuraavat toiminnot: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, wc:n käyttö ja syöminen. IADLP (0-48) eli välineellisten arkitoimintojen mittari kuvaa, mistä välineellisistä arkitoiminnoista, asiakas suoriutuu itsenäisesti ja missä hän tarvitsee apua. Mittari pitää sisällään seuraavat toiminnot: aterioiden valmistus, lääkityksestä huolehtiminen, raha-asioiden hoito, tavalliset kotitaloustyöt, puhelimen käyttö, portaissa kulku, ostoksilla käynti ja kuljetukset. CPS (0-6) eli kognitiomittari kuvaa asiakkaan kognition tilaa. Mittarin avulla saadaan selville muun muassa asiakkaan lähimuistin tila sekä kyky tehdä päivittäisiä päätöksiä. RAI-järjestelmä sisältää lisäksi lukuisia muita mittareita, joita ovat muun muassa ADL-L (0-28) eli laaja arkisuoriutumisen perustoimintojen mittari, COMM (0-8) eli kommunikointikykyä kuvaava mittari, DRS (0-12) eli masennuksen oiremittari sekä DRSSR (0-9) eli itsearvioitua mielialaa kuvaava mittari. (Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen 2023, 28-30)

DIVERT (0-6) eli päivystyskäyntitarpeen riskimittari kuvaa asiakkaan riskiä joutua tulevaisuudessa sairaalahoitoon. Mitä suurempi arvo on, sitä suurempi riski asiakkaalla on joutua sairaalahoitoon. Riskimittaria nostavat seuraavat tekijät: G6b. Henkilöstö uskoo asiakkaan toimintakyvyn voivan kohentua, G7. Muutokset päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa (ADL) verrattuna 90 vuorokautta sitten olleeseen tilanteeseen, H3. Virtsankeräysvälineet, I1j. Aivohalvaus/aivoverenkiertohäiriö, I1k. Sepelvaltimotauti, I1m. Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta, I1l. Keuhkohtaumatauti, I1r. Keuhkokuume, I1s. Virtsatieinfektio viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana, I1u. Diabetes, K2a. Painonpudotus – 5 % tai suurempi painonpudotus viimeksi kuluneen 30 vuorokauden ajalta tai 10 % tai enemmän viimeksi kuluneen 180 vuorokauden ajalta, K2e. Ruuan tai nesteiden nauttiminen vähentynyt normaaliin verrattuna, L3. Muu ihon haava kuin painehaava, N2e. Happihoito, N5a. Asiakas ollut akuuttisairaalassa yön yli, N5b. Päivystyskäynti (ei yön yli), Sydän ja hengityselimistön sairauksia (0-1), Masennuksen oiremittari (0-14) sekä Kaatumisriski (0-3). (iRAI HC-mittarikäsikirja 2024, 39–40).

3.1 Aiempi tutkimus

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden riski joutua ennalta suunnittelemaan sairaalahoitoon on kohonnut, uusista kotihoidon asiakkaista jopa 43 % joutui sairaalahoitoon vähintään kerran vuoden kestäneen seurantajakson aikana. Lääketieteen lisensiaatti Jukka Rönneikkö selvitti väitöstudiumuksessaan millaisia suunnittelematonta sairaalahoitoa ennakoivia riskitekijöitä kotihoidon asiakkailla on sekä tavallisimmat sairaalahoidon syyt. (Jukka Rönneikkö: Ennalta suunnittelematonta sairaalahoitoa ennustavia riskitekijöitä voidaan tunnistaa jo kotihoitopalvelujen alussa N.d.) Rönneikön (2023, 97) tutkimuksessa selvisi, että korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä (DIVERT = 6) olevat asiakkaat olivat suurimmassa riskissä joutua ennalta suunnittelemaan sairaalahoitoon sekä joutuivat sairaalahoitoon aiemmin kuin matalammassa riskissä olevat asiakkaat.

Rönneikön (2023) tekemässä väitöstudiumuksessa selvisi, että sairaalahoidon tarpeen ilmaantuvuus oli suurta kotihoidon asiakkaiden keskuudessa ja suurin päivystyskäyntiä ennakoiva riskitekijä oli aiempi sairaalahoito. Tarttuvat sairaudet ja virtsatieinfektiot olivat yleisin syy sairaalahoidolle. Myös monet krooniset sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta ja sepelvaltimotauti olivat itsenäisiä riskitekijöitä sairaalahoitoon joutumiseen. Tutkimuksessa tuli ilmi myös muun muassa polyfar-

masian, kaatumishistorian, toimintakyvyn heikkenemisen päivittäisissä toimissa, heikon itsearvioidun terveyden sekä aiempien haavojen olevan itsenäisiä riskitekijöitä ennalta suunnittelemaan sairaalahoitoon joutumisessa. Rönneikön tutkimuksen mukaan laajan geriatrisen arvioinnin avulla voidaan vähentää ennalta suunnittelematonta sairaalahoitoa. (Mts. 97, 105, 120–122)

Rönneikkö (2023) havaitsi tutkimuksessaan, että yli 80-vuotiailla tutkittavilla havaittiin olevan geriatrisia oireita ja oireyhtymiä, jotka eivät ole riskitekijöinä RAI-järjestelmän DIVERT-mittarissa. Rönneikkö mainitsi tutkimuksessaan, että yli 80-vuotiailla tutkittavilla geriatriset oireet ja oireyhtymät aiheuttivat useammin sairaalahoidon tarpeen, kun taas nuoremmilla sairaalahoidon tarpeeseen vaikuttavia sairauksia olivat DIVERT-mittarissakin huomioon otettavat sydän- ja verisuonitaudit. Rönneikön mukaan päivystyskäyntitarpeen riskin arvioiminen toimii heikommin vanhimmissa ikäryhmissä (Mts. 113, 123.)

Rönneikkö (2023) totesi tutkimuksessaan, että RAI-järjestelmän DIVERT-mittaria voidaan käyttää kotihoidon päätöksenteon tukena sekä hyödyntää asiakasprosesseissa niiden asiakkaiden tunnistamiseen, jotka tarvitsevat kiireellisimpiä toimenpiteitä sekä tiheämpää seurantaa. Rönneikön mukaan on tarpeenmukaista kehittää strategioita korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden yksityiskohtaisempaa arviointia varten. (Mts. 115.)

4 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tarkoituksena on jonkin tavoitteen saavuttaminen, jonka tarkoituksena taas on saavuttaa jotain parempaa kuin aiemmat toimintatavat. Lähtökohtana voivat olla esimerkiksi toiminnan ongelmat tai tieto jostain uudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16.)

Kehittämistyö toteutettiin toimeksiantona Keski-Suomen hyvinvointialueelle, joten kyseinen menetelmä sopi siihen hyvin ja tavoitteet olivat tällä menetelmällä ratkaistavissa. Tutkimuksessa pyrittiin uuden toimintatavan kehittämiseen ensimmäisen toimintamallin muodossa. Tutkimuksessa edettiin toimijälähtöisesti eli siten, että prosessi muovaantui erään kotihoidon alueen arjen käytännön toimintatapojen mukaan. (Mts. 14-15.)

4.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tietoperusta muodostui kotihoidon, RAI-arviointijärjestelmän sekä lääketieteen lissensiaatti Jukka Rönneikön tekemän väitöstutkimuksen ympärille. Hakusanoja olivat muun muassa kotihoito, kotihoidon myöntämisperusteet, RAI-arviointijärjestelmä sekä RAI-mittarit. Englanninkielisiä hakusanoja olivat RAI scales, DIVERT scale sekä The Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room trips.

Tietoperustan lähteet sijoittuivat vuosille 2022–2024 ja tiedonhaussa pyrittiinkin käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tiedonhaussa käytettiin tietokantoja Finna.fi, Journal.fi sekä ProQuest. Lisäksi tietoa etsittiin manuaalisesti jo käytössä olevien lähteiden lähdeluetteloista, joista saatiinkin lisää materiaalia opinnäytetyöhön. Tiedonhaussa haasteena ilmeni se, että kehittämistyön aihe oli sen verran uusi, ettei siitä ollut vielä tehty useampia tutkimuksia.

4.2 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Toimeksiantajan toiveena oli saada tietoa erään kotihoidon alueen käytänteistä arjen työssä, miten korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan sekä miten heidän kanssaan toimitaan tunnistamisen jälkeen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella erään kotihoidon alueen toimintaa korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden uuden palveluprosessin kehittämiseksi. Opinnäytetyö oli osa Keski-Suomen hyvinvointialueella käynnissä olevaa RAI-pilottia, jossa kehitettiin korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamista ja toimenpiteitä tunnistamisen jälkeen. Palveluprosessin kehittämisen tavoitteena oli kotihoidon asiakkaiden päivystyskäyntien väheneminen sekä asiakkaiden turvallisen kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään.

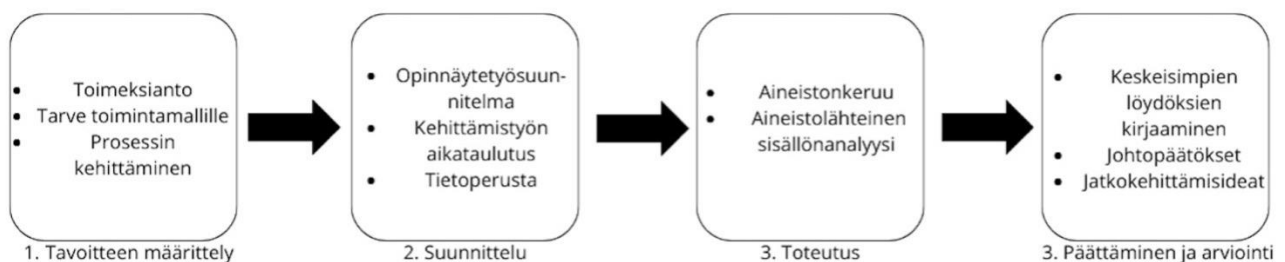
Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää miten kotihoidon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan ja miten heidän tunnistamisensa jälkeen toimitaan. Kehittämistyön tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Miten korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan?
2. Miten asiakkaiden tunnistamisen jälkeen toimitaan?

4.3 Kehittämisprosessin kuvaus

Kehittämistyön toteuttamisessa hyödynnettiin lineaarista mallia. Lineaarinen malli muodostuu tavoitteen määrittelystä, suunnittelusta, toteutuksesta sekä päättämisestä ja arvioinnista. Kuviossa 1. kuvataan kehittämisprosessin pääpiirteet, jotka on jaettu lineaarisen mallin mukaisesti eri vaiheisiin. Lineaarinen malli on yksinkertainen tapa hahmottaa kehittämisprosessi. Ensimmäiseksi määritellään tavoite, joka voi perustua esimerkiksi tunnistettuun tarpeeseen. Tavoitteen määrittelyssä on tärkeää pyrkiä rajattuihin tavoitteisiin. Suunnitteluvaiheen tarkoituksena on kehittää projektisuunnitelma, joka sisältää muun muassa projektin aikataulun. Toteutusvaiheessa projekti toteutetaan projektisuunnitelman pohjalta. Lineaarisen mallin viimeisessä vaiheessa eli projektin päättämisessä ja arvioinnissa muun muassa raportoidaan toteutusvaiheen tulokset sekä esitetään jatkoideoita. (Toikko & Rantanen 2009, 64–65.)

Kuvio 1. Kehittämisprosessi lineaarisen mallin mukaan (Mts. 64-65)



Kehittämistyössä tuli esiin toiminnallisen opinnäytetyön piirteitä. Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö, joka voidaan jakaa tavoitteiden määrittämiseen, toteutuksen suunnitteluun, kehittämistyön menetelmän valitsemiseen, työskentelyn aikatauluttamiseen sekä valmiin opinnäytetyön tulosten arviointiin. (Kostamo, Airaksinen & Vilka 2022, 1.2.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä kehitettävän kohteen eli esimerkiksi työpaikan käytäntö on opinnäytetyön aiheen lähtökohta sekä tutkimuksellisen kehittämisen kohde ja sen vuoksi ratkaisujen vaatima tieto saadaan esimerkiksi työpaikan käytännöistä ja ammattilaisilta. (Mts. 1.3.)

4.4 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin RAI-järjestelmän antamista raporteista sekä kotihoidon sairaanhoitajilta käyttäen laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Aineistonkeruuta varten määriteltiin seurantajakso,

jonka ajan aineistoa kerättiin. Seurantajakso toteutettiin ajalla 1.7.-1.10.2024. Korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden selvittämiseksi RAI-järjestelmästä otettiin asiakkaiden DIVERT-arvoja seuraavat raportit kuukausittain seurantajakson aikana, kuukauden ensimmäisinä päivinä ajalla 1.7.-1.10.2024. DIVERT-mittarin arvoja seuraavista raporteista saatiin selville korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat ja tekijät, mitkä luvussa 3. mainituista tekijöistä nostivat asiakkaiden DIVERT-mittaria. Tämän jälkeen asiakkaiden tilanteista käytiin keskusteluja heidän omien nimettyjen sairaanhoitajiensa kanssa sekä tarkasteltiin asiakkaiden RAI-kokonaisarviointeja. Jokaisesta käydyistä keskustelusta tehtiin laajat muistiinpanot. RAI-kokonaisarviointien raporteista saatiin selville opinnäytetyön kannalta hyödyllistä tietoa asiakkaista kuten iät, sairaudet, toimintakyky sekä lääkitykset.

Lisäksi lokakuussa 2024 pidettiin työpaja, johon osallistuivat opinnäytetyön tekijänä toimiva kotihoidon ohjaaja, alueen sairaanhoitajat sekä vastaava sairaanhoitaja. Työpajatyöskentely on työtapa, jossa työskennellään tietyn teeman tai asian ympärillä ja sen tavoitteena voi olla esimerkiksi tiedon kokoaminen ja ymmärryksen lisääminen. Työpajatyöskentely on ennalta suunniteltua ja sen tavoitteet tulee olla esitetty osallistujille etukäteen. (Vilka 2021a, Osa II) Työpajassa käytiin läpi seurantajakson aikana kerätyn aineiston pohjalta havaitut korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat sekä toimenpiteet, mitä seurantajakson aikana oli tehty. Lisäksi vielä viimeisen kerran pohdittiin yhdessä keinoja asiakkaiden päivytykskäyntitarpeen riskin laskemiseksi.

4.5 Aineiston analyysi

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa aineistonkeruun tulee olla perusteltua, vaikka siinä ei voidakaan keskittyä yhtä syvälliseen tiedonkeruuseen kuin tutkimuksessa. Aineistoa kerättiin RAI-järjestelmän raporttien antamien tietojen lisäksi ainoastaan kotihoidon sairaanhoitajilta, joten voidaan puhua yhden kategorian asetelmasta. Yhden kategorian asetelmassa aineistoa kerätään tiettyyn ominaisuuteen liittyviltä henkilöiltä tai ryhmiltä, tässä tapauksessa kotihoidon sairaanhoitajilta. Yhden kategorian asetelmaa voidaan käyttää, kun kehittämistoiminnan kannalta on perusteltua keskittyä aineistonkeruussa vain yhteen ryhmään, kuten työntekijöihin. (Toikko & Rantanen 2009, 119.)

Aineistonkeruun myötä aineistoksi saatiin sairaanhoitajien kanssa käydyistä keskusteluista ja työpajasta kerätty aineisto sekä RAI-järjestelmästä asiakkaiden kokonaisarviointien raportit ja DIVERT-

raportit. Jokaiselle asiakkaalle luotiin oma WORD-tiedosto, jonne aineisto kerättiin. WORD-tiedostoihin lisättiin asiakkaan päivystyskäyntitarpeen riskiä nostavat tekijät, olennaiset asiat kokonaisarviointin raportista sekä laajat muistiinpanot sairaanhoitajien kanssa käydyistä keskusteluista. Jokainen WORD-tiedostoihin lisätty tieto merkittiin päivämäärällä, jotta aineisto pysyi selkeänä ja johdonmukaisena.

4.5.1 Sairaanhoitajilta kerätty aineisto

Sairaanhoitajien kanssa käydyistä keskusteluista kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, sisältäen aineiston pelkistämisen, aineiston ryhmittelyn sekä teoreettisten käsitteiden luomisen. Sisällönanalyysi alkaa aineiston pelkistämällä, eli aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 4.4.3) Opinnäytetyön aineiston analyysi aloitettiin käymällä läpi sairaanhoitajien kanssa käydyistä keskusteluista kerätty aineisto, josta poimittiin kehittämistyön kannalta olennaiset asiat. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin eri teemoihin ja muodostettiin alaluokat, jotka nimettiin teemojen sisältöjä kuvaavilla käsitteillä. Alateemoja yhdistelemällä muodostettiin yläteemoja sekä yläteemoja yhdistelemällä pääteemoja. Ryhmittelyllä luodaan pohja tutkimuksen rakenteelle sekä saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Mts. 4.4.3.)

Taulukko 1. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaus aineistosta	Pelkistetty ilmaus	Alateema	Yläteema	Pääteema
"Asiakkaalle on tehty lääkehoidon kokonaisarviointi lääkärin toimesta"	Lääkäri arvioinut lääkehoitoa	Lääkehoidon kokonaisarviointi	Lääkehoidon seuranta	Turvallinen ja ajantasainen lääkehoito
"Asiakas on kieltäytynyt suositellusta hoidosta"	Asiakkaalla ilmenee hoitokielteisyyttä	Hoitokielteisyys	Laadukas hoito ei toteudu asiakkaasta riippuvista syistä	Kotihoidon heikot vaikutusmahdollisuudet
"Asiakas on monissa asioissa hoitovastainen"	Asiakkaalla ilmenee hoitokielteisyyttä	Hoitokielteisyys	Laadukas hoito ei toteudu asiakkaasta riippuvista syistä	Kotihoidon heikot vaikutusmahdollisuudet
"Asiakkaalla käy sairaanhoitaja kerran viikossa"	Asiakkaalla on säännölliset sairaanhoitajan käynnit	Sairaanhoitajan käynnit säännöllisesti	Hoidon tarpeen arviointi	Jatkuva palvelutarpeen arviointi
"Asiakkaan luona käydään jo niin usein kuin mahdollista"	Asiakkaalla on kotihoidon maksimikäynnit	Käyntejä on maksimimäärä	Käyntimäärien seuranta	Jatkuva palvelutarpeen arviointi
"Asiakas ei tarvitse lisää kotihoidon käyntejä"	Riittävästi kotihoidon käyntejä	Käyntejä on riittävästi	Käyntimäärien seuranta	Jatkuva palvelutarpeen arviointi

4.5.2 RAI-järjestelmän raporteista saadut tiedot

Asiakas A ja B olivat korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä koko seurantajakson ajan. Asiakas A oli 74-vuotias monisairas, muun muassa diabetesta sairastava henkilö, jolla oli taustallaan useita osastojaksoja. Lisäksi DIVERT-mittaria nostivat heikentynyt toimintakyky, virtsankeräysväline, sairastettu virtsatieinfektio, yli 5 % painonpudotus viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana sekä ihon haava. Asiakas B oli 75-vuotias sepelvaltimotautia sekä keuhkohtaumatautia sairastava henkilö, jonka DIVERT-mittaria nostivat edellä mainittujen sairauksien lisäksi osastojakso sekä useat päivystyskäynnit.

Asiakas C ja D olivat korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä ajalla 1.7.-1.9.2024. Asiakas C oli 92-vuotias sepelvaltimotautia sekä sydämen vajaatoimintaa sairastava henkilö, jonka riskimittaria nostivat lisäksi heikentynyt kyky suoriutua päivittäisistä toimista, sairastettu keuhkokuume, yli 5 % painonpudotus viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana, osastojaksot sekä masennusepäily. Asiakas D tapausta tutkiessa havaittiin, että RAI-arviointi oli täytetty väärin ja asiakas oli virheellisesti korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä.

Asiakas E oli korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä ajalla 1.8.–1.10. Asiakas E oli 84-vuotias monisairas muun muassa diabetesta sairastava henkilö. Asiakkaan DIVERT-mittaria nostivat lisäksi heikentynyt kyky suoriutua päivittäisistä toimista, sairastettu virtsatieinfektio sekä osastojaksot. Asiakas F oli korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä ajalla 1.9.–1.10. Asiakas F oli 68-vuotias monisairas, muun muassa sepelvaltimotautia ja diabetesta sairastava henkilö. Asiakkaan DIVERT-mittaria nostivat lisäksi virtsankeräysväline, osastojaksot sekä päivystyskäynnit.

Asiakas G nousi korkeimpaan päivystyskäyntitarpeen riskiin 1.10. otetussa raportissa. Asiakas G oli 87-vuotias monisairas, muun muassa sydämen vajaatoimintaa sairastava henkilö. Lisäksi DIVERT-mittaria nostivat sairastettu virtsatieinfektio sekä osastojaksot. Asiakkaalla laukesi myös sydän- ja hengityselimistön sairauksien sekä kaatumisriskin heräte. Asiakas H:n tapausta tutkiessa havaittiin, että asiakas oli korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä virheellisesti täytetyn RAI-arvioinnin vuoksi ajalla 1.8.–1.9.

Taulukko 2. Asiakkaiden DIVERT-mittaria nostavat tekijät

Mittaria nostavat tekijät	G6b.	G7.	H3.	I1j.	I1k.	I1m.	I1l.	I1r.	I1s.	I1u.	K2a.	K2e.	L3.	N2e.	N5a.	N5b.	Sydän ja hengityselimistön sairauksia	Masennuksen oiremittari (0-14)	Kaatumisriski (0-3)
Asiakas A	x	x	x					x	x	x		x					0	2	1
Asiakas B					x		x								x	x	1	0	0
Asiakas C		x	x		x	x		x			x						1	4	0
Asiakas E		x							x	x							x	0	0
Asiakas F			x		x				x	x							x	x	0
Asiakas G	x					x			x								x		1
																		0	0
																		0	3

5 Keskeisimmät löydökset

Opinnäytetyön tärkeimpänä tavoitteena oli selvittää miten kotihoidon korkeimmissa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan ja miten heidän tunnistamisensa jälkeen toimitaan. Seurantajakson aikana korkeimmissa päivystyskäyntitarpeen riskissä olleet asiakkaat opittiin tunnistamaan siten, että kotihoidon ohjaaja otti RAI-järjestelmästä DIVERT-raportin säännöllisesti kuukausittain. Säännöllisen tarkastelun avulla korkeimmissa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaat voidaan tunnistaa jo varhain. Myös lokakuussa järjestetyssä työpajassa todettiin tämän olleen hyvä tapa tunnistaa kyseiset asiakkaat, mutta keskusteluissa pohdittiin myös, että lisäksi sairaanhoitajat voisivat tarkistaa raportin säännöllisesti ja siten tunnistaa omat korkeimmissa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevat asiakkaansa.

5.1 Pääteemat ja yläteemat

Keskeisimmät löydökset eli teemat muodostettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Pääteemoja olivat turvallinen ja ajantasainen lääkehoito, kotihoidon heikot vaikutusmahdollisuudet sekä jatkuva palvelutarpeen arviointi. Yläteemoja olivat lääkehoidon seuranta, laadukas hoito ei toteudu asiakkaasta riippuvista syistä, hoidon tarpeen arviointi sekä käyntimäärien seuranta.

Ensimmäinen pääteema oli ”turvallinen ja ajantasainen lääkehoito” ja sen yläteema ”lääkehoidon seuranta”. Tutkimuksessa tuli esiin, että jokaiselle asiakkaalle oli tehty lääkehoidon kokonaisarviointi ja ne olivat ajan tasalla. Seurattavista asiakkaista jokaisella todettiin polyfarmasiaa, vähimmillään eri lääkkeitä oli lääkelistalla kahdeksan ja enimmillään kaksikymmentäkaksi eri valmistetta. Jokaiselle asiakkaalle oli tehty lääkehoidon kokonaisarviointi lääkärin lähivastaanotolla.

Toinen pääteema oli ”kotihoidon heikot vaikutusmahdollisuudet” ja sen yläteema ”laadukas hoito ei toteudu asiakkaasta riippuvista syistä”. Useissa sairaanhoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa

tuli ilmi asiakkaan hoitokielteisyys. Hoitokielteisyyteen oli pyritty vaikuttamaan keskustelemalla asiakkaiden kanssa tilanteista, asiakkaiden itsemääräämisoikeuksia kunnioittaen. Haasteena oli, etteivät asiakkaat muuttaneet mielipidettään ammattilaisten perusteluista huolimatta.

Kolmas pääteema oli ”jatkuva palvelutarpeen arviointi” ja yläteemoja olivat ”hoidon tarpeen arviointi” sekä ”käyntimäärien seuranta”. Sairaanhoidajien kanssa käydyissä keskusteluissa tuli useaan kertaan ilmi, että asiakkaille oli suunniteltu säännölliset sairaanhoidajan käynnit, jotka olivat esimerkiksi kerran viikossa tai kerran kahdessa viikossa. Lisäksi keskusteltiin asiakkaiden kotikäynneistä, niiden määrästä ja arvioitiin tarvetta muutoksille. Pääteema oli ”jatkuva palvelutarpeen arviointi”, koska asiakkaiden laadukkaan ja tarpeenmukaisen hoidon toteutuminen vaatii jatkuvaa palvelutarpeen arviointia kotihoidon työntekijöiltä, erityisesti asiakkaan ollessa korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä.

5.2 Asiakastapaukset

Taulukossa 2. kuvattiin asiakkaiden DIVERT-mittaria nostavat tekijät ja sen perusteella voitiin todeta, että jokaisella korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevalla asiakkaalla oli taustallaan sairaalajaksoja. Sairaanhoidajien kanssa keskustellessa tuli ilmi, että sairaalajaksot johtuivat pääosin erilaisista infektioista kuten virtsatietulehduksista sekä keuhkokuumeesta. Jokaisella asiakkaalla oli myös yksi tai useampi päivystyskäyntitarpeen riskiä nostava pitkäaikaissairaus.

Korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevia asiakkaita oli kyseisellä kotihoidon alueella seurantajakson aikana kahdeksan, joista kaksi olivat korkeimmassa riskissä virheellisesti. Virheellisesti täytettyjen RAI-arviointien vuoksi korkeimpaan päivystyskäyntitarpeen riskiin nousseita asiakkaita ei huomioitu tutkimuksessa, joten seurattavia asiakkaita oli kuusi. Tutkimuksessa selvisi, että kuudesta asiakkaasta viidellä oli DNR-päätös eli elvyttämättä jättämispäätös ja yhden asiakkaan kohdalla asia jäi epäselväksi. Kolmella asiakkaalla oli lisäksi muita hoidonrajauksia. Tutkimuksessa havaittiin myös, että kuudesta asiakkaasta viidellä oli havaittu hoitovastaisuutta esimerkiksi päivittäisiin arjen perustoimintoihin liittyen. Hoitokielteisyyttä ilmeni vaihtelevasti, eikä se ollut kaikkien asiakkaiden kohdalla päivittäistä.

Asiakkaan A tapausta tutkiessa nousi esiin asiakkaan hoitokielteisyys. Asiakas oli toistuvasti kieltäytynyt kotihoidon sekä terveydenhuollon ehdottamista useista eri vaihtoehdoista, joilla elämänlaatu olisi voitu parantaa. Kotihoidon näkemys oli ollut jo pitkään, ettei asiakas A enää pärjännyt kotonaan kotihoidon turvin, vaan olisi tarvinnut tuetumman asumismuodon. Asiakkaalle oli puhuttu tuetumman asumismuodon ajankohtaisuudesta myös lääkäreiden toimesta. Asiakkaan asuinolosuhteet eivät mahdollistaneet laadukasta hygienianhoitoa. Asiakkaan kotihoidon käyntimäärät vaihtelivat seurantajakson aikana, ollen vähintään kaksi käyntiä vuorokaudessa ja enintään kolme käyntiä vuorokaudessa. Käynnit olivat välillä myös parityönä tehtäviä kotikäyntejä, sillä asiakkaan hoitaminen kotona oli haastavaa.

Myös asiakkaan B kohdalla nousi esiin hoitokielteisyyttä. Asiakkaan kohdalla haasteena oli tupakointi. Asiakas ei ollut valmis lopettamaan tupakointia, jotta olisi saanut kotiinsa keuhkohtaumataudin oireita helpottavan happirikastimen elämänlaatunsa parantamiseksi. Asiakkaalle oli kuitenkin määrätty lääke, jolla pystyttiin helpottamaan hengenahdistusta rasituksen jälkeen. Asiakkaalle oli järjestetty kotisairaalan asiakkuus sekä kotiosasto. Asiakkaalla oli kotihoidon käynnit kaksi kertaa vuorokaudessa. Asiakkaalla oli runsaasti toimintakykyä jäljellä ja pystyi suoriutumaan päivittäisistä arjen toiminnoista lähes itsenäisesti, mutta tarvitsi kotihoidolta apua hengenahdistuksen vuoksi muun muassa aamupalan valmistukseen.

Asiakkaan C tapausta tutkiessa, keskusteluissa nousi vahvasti esiin asiakkaan toive kuolla ja RAI-järjestelmän raportista nousi esiin masennusepäily. Asiakas oli jo pitkään ennen seurantajakson alkua toivonut kuolevansa ja koki itsensä yksinäiseksi. Asiakkaalla oli kotihoidon käynnit neljä kertaa vuorokaudessa. Asiakas oli usein tyytymätön kotihoidon toimintaan muun muassa käyntien ajankohtien osalta. Asiakkaalla oli käytössään mielialalääkitys sekä kontakteja lääkäriin oli ollut useita mielialaoireiden vuoksi. Asiakkaalla oli runsaasti toimintakykyä jäljellä päivittäisissä arjen perustoiminnoissa, hän pystyi muun muassa lämmittämään ruuan itsenäisesti, selviytyi itsenäisesti WC:n käytöstä sekä oli usein liikkeellä asuntonsa ulkopuolella rollaattorin turvin. Kotihoidon näkökulmasta asiakas selvästi kaipasi seuraa hoitajilta käyntien ajan, mutta asiakkaan avuntarve oli hyvin vähäistä, joten käyntiajat pysyivät lyhyinä. Usein kotihoidon käynneillä aika kului siihen, että asiakas kertoi tyytymättömyydestään kotihoidon toimintaan, joten psyykkisen voimien tukeminen kotihoidon käynneillä ei sairaanhoitajan kanssa käytyjen keskusteluiden mukaan aina onnistunut.

Asiakkaiden D ja H tilanteita tutkiessa havaittiin, että RAI-arvioinnit oli täytetty väärin. Asiakkaat nousivat korkeimpaan päivystyskäyntitarpeen riskiin, koska DIVERT-mittaria nostava kysymys oli ymmärretty väärin. Kyseisessä kohdassa pyydettiin vastaamaan kysymykseen ”Asiakas ollut akuuttisairaalassa yön yli”. Jos tarkentavia ohjeita ei lukenut huolellisesti, kysymys ymmärrettiin todennäköisesti väärin. Tarkentavissa ohjeissa pyydettiin kertomaan kuinka monena kertana asiakas on ollut akuuttisairaalassa yön yli, ei kuinka monta yötä asiakas on ollut akuuttisairaalassa.

Asiakas E:n tapausta tutkiessa selvisi, että asiakkaalla on toimintakykyä heikentävä, hiljalleen etenevä sairaus. Lisäksi sairaanhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa selvisi, että asiakkaalla oli virtsatieinfektioille altistava sairaus. Asiakkaalla oli kotihoidon käynnit kaksi kertaa vuorokaudessa ja lisäksi omaiset auttoivat asiakasta arjessa päivittäin. Kotihoito avusti asiakasta muun muassa aamupalan valmistamisessa ja pukeutumisessa. Asiakkaalla oli runsaasti toimintakykyä jäljellä ja pystyi suoriutumaan useista päivittäisistä arjen toiminnoista myös itsenäisesti, mutta etenevän lihassairauden vuoksi hyvin hitaasti. Asiakkaalle oli useasti tarjottu apua hygienianhoitoon kotihoidon käynneillä, mutta asiakas oli siitä kieltäytynyt. Asiakkaan lääkelistaa tutkiessa havaittiin, että asiakkaalla oli käytössään paljon lääkkeitä. Sairaanhoitajan kanssa käydyssä keskustelussa tuli kuitenkin ilmi, ettei kotihoito vastaa asiakkaan lääkeshoidosta, koska asiakas oli halunnut huolehtia lääkehoidostaan itsenäisesti. Asiakkaalla oli taustallaan osastojaksoja, joten kontakti lääkäriin oli ollut useamman kerran. Asiaan ei puututtu sen enempää kotihoidon toimesta.

Asiakkaan F tapausta tutkiessa selvisi, että asiakkaalla oli taustallaan osastojaksoja ja päivystyskäynti erilaisten infektioiden vuoksi. Lisäksi keskusteluissa selvisi, että asiakas oli aiemmin käynyt päivystyksessä myös mielenterveysongelmien vuoksi. Asiakkaalla oli taustallaan päihteiden käyttöä. Kotihoito vastasi asiakkaan lääkeshoidosta. Asiakkaalla oli kotihoidon käynnit kaksi kertaa kuukaudessa kahden viikon välein, jolloin sairaanhoitaja kävi täyttämässä lääkeautomaatin. Toisinaan käynnillä myös keskusteltiin sairaanhoidollisista asioista asiakkaan kanssa. Asiakas suoriutui arjen päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, mutta hygienianhoito oli välillä heikkoa ja kotihoidolta lisättiinkin käyntejä hygienianhoitoon. Asiakas halusi lopettaa hygienianhoitoon suunnitellut käynnit, koska koki ne tarpeettomiksi. Haasteena oli myös toisinaan se, ettei asiakas ollut aina kotona kotihoidon käyntien aikaan. Kotihoidon lisäksi asiakkaalla oli jatkuvat kontaktit mielenterveyshoitajaan sekä sosiaalityöhön.

Asiakkaan G tilanteesta keskustellessa tuli ilmi, että asiakkaalla oli taustallaan useita kaatumisia. Asiakkaalla oli myös pitkälle edennyt muistisairaus, jonka vuoksi kaatumiset eivät aina tulleet välttämättä kotihoidon tietoon, sillä asiakas ei muistanut kaatumisia. Kotihoidon käynneillä oli kuitenkin havaittu kaatumiseen viittaavia merkkejä. Kaatumisille ei löytynyt seurantajakson aikana selvää syytä. Asiakkaalle oli haettu ympärivuorokautista palveluasumista, mutta palvelusta ei ollut tullut vielä päätöstä. Kotihoidossa koettiin, ettei asiakas enää pärjää kotihoidon turvin, koska muistisairaus oli pitkälle edennyt sekä asiakkaalle oli sattunut erilaisia vaaratilanteita kotona. Tukipalveluina asiakkaalla oli turvapalvelu, GPS-ranneke ja ovihälytin kotona asumisen turvaamiseksi. Asiakkaalla oli kotihoidon käynnit neljä kertaa vuorokaudessa.

6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää toimenpiteitä, miten korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamisen jälkeen toimitaan. Asiakkaiden päivystyskäyntitarpeen riskimittaria ei saatu laskettua seurantajakson aikana, mutta selkeitä toimenpiteitä nousi esiin. Toimenpiteet, jotka selvästi nousivat esiin seurantajakson aikana olivat:

- Lääkehoidon kokonaisarvioinnin ajantasaisuuden tarkistaminen
- Käyntimäärien seuranta ja jatkuva palvelutarpeen arviointi
- Kotihoidon sairaanhoitajan kotikäynnit säännöllisesti
- Jos asiakkaalla taustallaan kaatumisia, pyrittiin selvittämään kaatumisien syy (mm. Onko asiakkaalla huimausta? Onko asiakkaalla käytössään huimausta aiheuttavia lääkkeitä?)
- Jos asiakkaalla nousi masennuksen oiremittari, oli tarpeen pohtia, miten mielialaa voitaisiin kohentaa
- Jos asiakkaalla taustallaan infektiosta johtuvia sairaalajaksoja, pohdittiin miten infektiota voitaisiin ehkäistä tulevaisuudessa (esim. Onko asiakkaan hygienianhoito puutteellista?)

- Jos tarpeen, asiakkaan tilanteen käsittely kotihoidon moniammatillisessa tiimissä

Työpajassa käydyssä keskustelussa todettiin yksimielisesti, että kotihoito oli tehnyt kaikkensa korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden kotona pärjäämisen edistämiseksi ja turvaamiseksi. Korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olleet asiakkaat olivat niin sanottuja ääripään asiakkaita, joille oli jo tehty voitava kotihoidon toimesta. Työpajassa pohdittiin, että mikäli asiakkailla ei olisi ollut lääkehoidon kokonaisarviointia tehtynä tai sairaanhoitajan suunniteltuja käyntejä, olisi ne tehty ensimmäisenä. Työpajassa myös keskusteltiin, että useiden asiakkaiden tilanteita oli yritetty ratkoa, mutta asiakkaiden hoitokielteisyys esti toimenpiteet.

Kun työpajassa keskusteltiin seurantajakson aikana esiin nousseista toimenpiteistä, näiden koettiin olevan lähes itsestään selviä asioita kyseisellä kotihoidon alueella, jo ennen seurantajakson ja toimintamallin kehittämisen alkua. Kyseisellä kotihoidon alueella, jo heti kotihoidon asiakkuuden alkaessa, sairaanhoitaja tekee asiakkaalle kotikäynnin mahdollisimman pian sekä arvioi jatkuvien sairaanhoitajien käyntien tarpeen. Sairaanhoitajan käynnit ovat useimmiten kerran kuussa, kerran kahdessa viikossa tai kerran viikossa asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Itsestäänselvyytenä kokemisen tunnetta tuki se, että jokaisella kyseisen alueen kotihoidon asiakkaalla oli lääkehoidon kokonaisarviointi tehtynä ja ajan tasalla sekä jokaisella asiakkaalla oli suunnitellut kotihoidon sairaanhoitajan käynnit.

Kuten Rönneikkö (2023, 121) totesi tutkimuksessaan, DIVERT-mittaria voidaan käyttää korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen ja heidän hoidon tarpeen arviointiinsa. Vaikka kotihoidon asiakkaiden palvelutarvetta arvioidaankin jatkuvasti, tulisi korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden kohdalla siihen kiinnittää erityistä huomiota. Muutoksia voi tulla esimerkiksi kotihoidon käyntimääriin. Kuudesta asiakkaasta viidellä oli kotihoidon päivittäiset käynnit sekä jokaiselle oli suunniteltu säännöllisesti tapahtuvat kotihoidon sairaanhoitajan kotikäynnit. Seurantajakson aikana käydyissä keskusteluissa pohdittiin, hyötyisivätkö asiakkaat kotihoidon käyntien lisäämisestä ja todettiin, ettei kyseisillä asiakkailla ole tarvetta suuremmille käyntimäärille. Seurantajakson aikana joillekin asiakkaille tuli kuitenkin tarve tilapäisesti kotihoidon käyntien lisäämiselle, jolloin asiakkailla käytiin tilapäisesti useammin kuin normaalisti suunnitellun verran. Tilapäisten käyntien syynä olivat muun muassa haavanhoito ja

voinnin tiheämpi seuranta sairaalajakson jälkeen. Käyntien lisääminen tapahtui lähes välittömästi kotihoidon tiimin optimoijien toimesta, kun tarve käyntien lisäämiselle oli tullut ilmi.

Seurantajakson aikana pohdittiin myös korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tilanteiden käsittelyä kotihoidon moniammatillisissa tiimissä. Sairaanhoidajien kanssa käydyissä keskusteluissa kuitenkin todettiin, ettei kyseisten asiakkaiden tilannetta ratkaisisi asiakkaiden nykytilanteiden käsittely moniammatillisissa tiimissä. Osan korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olleiden asiakkaiden tilanteita oli käsitelty moniammatillisissa tiimissä muista syistä jo aiemmin ennen seurantajakson alkua tai seurantajakson aikana.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe viittasi vahvasti hoitoalan työkenttään. Siihen kuitenkin liittyy myös muita toimialoja hoitoalan lisäksi, kuten sosiaaliala. Opinnäytetyötä lähdettiin tekemään sosiaalialan näkökulmasta, koska keväällä käynnistyneeseen RAI-pilottiin oli valittu kotihoidon ohjaajat vastuuhenkilöiksi. Sosiaalialan ammattiosaaminen on tärkeä osa kotihoidon tiimiä tänä päivänä. Kotihoidon ohjaajat ovat pääasiassa vastuussa alueidensa asiakasprosesseista, joten siksi myös RAI-pilotissa ohjaajat olivat vastuuhenkilöinä. Kotihoidon ohjaajalla on sosiaalialan ammattilaisena asiakas- ja palveluohjauksellista osaamista, jota tässäkin prosessissa tarvitaan. Tutkimuksen aikana alueelle kehittynyt palveluprosessi korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden kanssa toimimiseksi on myös eräänlaista asiakas- ja palveluohjausta, jolla tavoitellaan asiakkaiden hyvinvointia sekä turvallista arkea kotona.

Opinnäytetyön seurantajakson ja RAI-pilotin edetessä kuitenkin havaittiin kotihoidon sairaanhoidajien olevan suuressa roolissa korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tukijoina ja toimenpiteiden edistäjinä. Sairaanhoidajat otettiin pilottiin mukaan syksyllä 2024. Yhdistettäessä sairaanhoidajien sairaanhoidollinen osaaminen sekä ohjaajan sosiaalialan osaaminen, oli yhdessä vahvaa ammattitaitoa viedä asioita eteenpäin ja siten vaikuttaa moniammatillisesti korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden kotona pärjäämiseen.

RAI-pilotissa käydyissä keskusteluissa tuli ilmi, että toisilla pilottiin osallistuvilla kotihoidon alueilla oli saatu laskettua päivystyskäyntitarpeen riskimittaria lääkehoidon kokonaisarviointien sekä koti-

hoidon käyntien lisäämisen avulla. Kuten aiemmin mainittu, tutkittavalla kotihoidon alueella lääkeshoidon kokonaisarvioinnit oli tehty jokaiselle asiakkaalle sekä jokaisella asiakkaalla oli suunnitellut sairaanhoitajan käynnit säännöllisesti. Edellä mainittujen asioiden sujuvuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi sairaanhoitajaresurssi, joka oli tutkittavalla kotihoidon alueella erinomainen muihin Keski-Suomen hyvinvointialueen kotihoidon alueisiin verrattuna.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka peruseriaatteita olivat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa 2023, 12). Opinnäytetyön tekijällä oli myös vaitiolovelvollisuus. Opinnäytetyön tekemisestä sovittiin toimeksiantajan kanssa ja siitä tehtiin kirjallinen sopimus. Tutkimuslupa haettiin Keski-Suomen hyvinvointialueelta.

Aineiston eettisyys sen koko elinkaarena oli lähtökohta tutkimuksen tekemiselle, sisältäen aineiston kokoamisen, käsittelyn, säilytyksen ja hävittämisen. Tutkimusta tehdessä lähdekriittisyys oli tärkeää kaikkien aineistojen osalta, joita tutkimukseen otetaan mukaan. (Vilkkä 2021a, OSA II).

Koska opinnäytetyön aineistona hyödynnettiin RAI-järjestelmän antamia raportteja, kyseessä oli rekisteritutkimus. Näin ollen asiakkailta, joiden tapauksia tutkittiin, ei tarvinnut pyytää suostumusta tutkimukseen. Kehittämistoimintaan osallistuville sairaanhoitajille jaettiin tiedotteet opinnäytetyöstä sekä heillä oli halutessaan mahdollisuus saada tutkimusta varten laadittu tietosuojaseloste nähtäväksi ja esittää kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen. Tutkimuskohteen henkilöitä tulee aina tiedottaa tutkimuksesta hyvän tieteellisen käytännön mukaan ja tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista. (Mts. OSA II).

RAI-järjestelmästä kerätyt asiakastiedot pseudonymisoitiin välittömästi ja kaikki aineisto säilytettiin tietoturvalisessa järjestelmässä salasanalukitusten takana. Paperinen aineisto säilytettiin lukitussa huoneessa siten, ettei muilla kuin opinnäytetyön tekijällä ollut pääsyä siihen. Aineiston tietoturvaliseseen säilytykseen kiinnitettiin huomiota koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tutkimusetiikkaa arvioidessa tuli ottaa huomioon myös puolueettomuusnäkökulma. Opinnäytetyön tekijä oli itse osa tutkimusryhmää ja työsuhteessa kyseisellä kotihoidon alueella, joten puolueettomuuteen tuli kiinnittää erityistä huomiota jatkuvasti opinnäytetyöprosessin aikana. Tavoitteena oli toteuttaa opinnäytetyö ilman ennakkokäsityksiä ja oletuksia. Opinnäytetyön tekijä tarkasteli omaa rooliaan tutkimusyhteisön jäsenenä sekä pohti muun muassa oman asemansa, arvojensa, uskomustensa ja näkemystensä vaikutusta tutkimuksessa tehtyihin tulkintoihin. Jo ennen opinnäytetyön aloittamista huomioitiin, että tutkimuksen tulee olla arvovapaata ja siitä tulee tehdä läpinäkyvää. Tutkimuksen läpinäkyvyys on tärkeä osa tutkimusetiikkaa. (Vilka 2021b, luku 7.)

7.2 Jatkokehittäminen ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyö vastasi tutkimuskysymyksiin ja kehitti tutkittavalle kotihoidon alueelle ensimmäisen toimintamallin täysin uuden asiakasprosessin kanssa toimimiseksi. Opinnäytetyö tulee toimimaan esimerkkinä uuden toimintamallin levittämisessä koko Keski-Suomen hyvinvointialueelle ja on näin ollen hyödyllinen koko hyvinvointialueelle. Opinnäytetyö on konkreettinen tuotos siitä, miten prosessi kotihoidon korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseksi ja heidän kanssaan toimimiseksi voi edetä. On kuitenkin selvää, että prosessi vaatii edelleen kehittämistä ja jatkotutkimusta, sillä opinnäytetyö toteutettiin tutkien yhtä kotihoidon aluetta, eikä tämän vuoksi ollut kovinkaan laaja. Kyseistä palveluprosessia lähdetään levittämään laajemmin hyvinvointialueelle tammikuussa 2025 ja opinnäytetyö esitellään hyvinvointialueen kotihoidon ohjaajille heti sen valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön edetessä tuli vastaan useita eri havaintoja, joita olisi ollut mielenkiintoista lähteä tutkimaan tarkemmin. RAI-järjestelmän raportteja tarkastellessa havaittiin, että useilla asiakkailla DIVERT-mittarin arvo oli vaihdellut edes takaisin. Kokonaisarviointit tehtiin puolivuositain, eli muutos DIVERT-mittarin arvossa myös vaihteli puolivuositain. Tästäkin heräsikin jatkotutkimusidea – selvittää syyt, miksi DIVERT-mittari vaihteli useilla asiakkailla puolivuositain.

Myös työpajassa käytiin keskustelua aiheen jatkokehityksestä. Kun toimintamalli tulee käyttöön arjen työhön pysyvästi, voidaan korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä (DIVERT = 6) olevien asiakkaiden lisäksi siirtyä tarkastelemaan matalamassa riskissä olevia asiakkaita kuten toiseksi kor-

keimassa riskissä (DIVERT = 5) olevia asiakkaita. Koska korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olleiden asiakkaiden todettiin olevan niin sanottuja ääripään asiakkaita, voisi matalammasta riskistä löytyä asiakkaita, joiden tilanteisiin pystyttäisiin vaikuttamaan tehokkaammin. Mitä pidemmälle tarkasteluissa päästään ja pystytään vaikuttamaan asiakkaiden tilanteisiin, sen paremmin voidaan vaikuttaa ennalta suunnittelemattoman sairaalahoidon riskin minimointiin.

Myös Rönneikkö (2023, 123) totesi tutkimuksessaan erilaisten toimintamenetelmien kehittämisen olevan välttämätöntä niin kotihoidossa kuin perusterveydenhuollossa, jotta ikääntyneiden toimintakykyä voidaan parantaa sekä ylläpitää. Tutkimalla aihetta laajemmin, voidaan toimenpiteitä kehittää entisestään. Prosessin jatkokehittäminen on tarpeenmukaista, sillä ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan lähitulevaisuudessa valtavasti. Jatkokehittämisen avulla voidaan muun muassa saada lisää tietoa toimenpiteistä korkeimmassa päivystyskäyntitarpeen riskissä olevien asiakkaiden tueksi sekä siten vaikuttaa myös kotihoidon työn laatuun. Jatkokehittämisellä voidaan ideaalitulanteessa vaikuttaa päivystyskäyntien ja sairaalahoidon tarpeen laskuun ja näin ollen vähentää sosiaali- ja terveyspalveluiden kuormitusta ja niistä aiheutuvia kustannuksia jopa valtakunnallisella tasolla.

Opinnäytetyön toteuttaminen toimeksiantona omaan työyhteisöön ohjasi opinnäytetyöprosessin aikana tarkastelemaan omaa työyhteisöä opiskelijan roolissa työntekijän roolin lisäksi. Opinnäytetyön toteuttaminen vaatii opinnäytetyön tekijältä erityistä puolueettomuusnäkökulman ja kriittisyyden huomiointia jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa. Opiskelijan ja työntekijän roolin yhdistäminen opinnäytetyöprosessin aikana kehitti valtavasti opinnäytetyön tekijän ammatillisuutta ja antoi paljon uusia näkökulmia työkentälle.

Lähteet

Ikääntyneiden asumisen palveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen. 2023. Keski-Suomen hyvinvointialue. Viitattu 15.11.2024. https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/2024-02/liite_ikaantyneiden_asumisen_palveluiden_myontamisperusteet_1_1_2024_alkaen_80140.pdf

iRAI HC -mittarikäsikirja. 2023. RAIssoft. Viitattu 10.11.2024.

lääkäiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. N.d. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 20.11.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/iakkaiden-palvelut>

Jukka Rönnekkö: Ennalta suunnittelematonta sairaalahoitoa ennustavia riskitekijöitä voidaan tunnistaa jo kotihoitopalvelujen alussa. N.d. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.11.2024. <https://www.tuni.fi/fi/ajankohtaista/jukka-ronneikko-ennalta-suunnittelematonta-sairaalahoitoa-ennustavia-riskitekijoiita>.

Jyrkämä, Jyrki. 2022. Vanheneminen ja arjen toimijuus. Teoksessa Taija Rantanen, Katja Kokko, Sarianna Sipilä & Anne Viljanen 2022 (toim.) Gerontologia. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 344–351. Viitattu 14.11.2024.

Kan, Suvi 2022. Ikääntyneiden osallisuus ja kuntoutuminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.11.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Kotihoidon ja tukipalveluiden myöntämisperusteet 1.1.2024 alkaen. 2023. Keski-Suomen hyvinvointialue. Viitattu 10.11.2024. https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/2024-02/liite_kotihoidon_ja_tukipalveluiden_myontamisperusteet_1_1_2024_alkaen_80127.pdf

Kotihoidon ohjaajan tehtäväkuvaus. 2024. Keski-Suomen hyvinvointialue. Viitattu 4.1.2025.

Kotihoito. 2024. Ikääntyminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.11.2024. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Kuntouttava arviointijakso. N.d. Keski-Suomen hyvinvointialue. Viitattu 21.11.2024. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/kuntouttava-arviointijakso>

Palvelut ja etuudet iäkkäille. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.11.2024. <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut>

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja OSA I. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.1.2025. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raappana, M. & Kivistö, M. 2024. Kotihoito, sairaanhoidolliset asiakkaat 26.4.2024. Keski-Suomen hyvinvointialue. PowerPoint-esitys. Viitattu 22.12.2024.

Rantamäki, M. & Vesala, S. 2023. Keski-Suomen tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2022-2023 (TulKoti). Hankkeen loppuraportti. Viitattu 14.11.2024. <https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/2023-12/Tulevaisuuden-kotona-asumista-tukevat-palvelut-iaekkaille-loppuraportti-K-S-hyvinvointialue.pdf>

Rönneikkö, Jukka. 2023. Home Care Clients' Risk of Unplanned Hospitalization. Predictors and Risk Classification. Tampere University Dissertations. Viitattu 19.11.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/148256/978-952-03-2839-9.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. Viitattu 20.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P19a>

Tietoa RAI-järjestelmästä. N.d. Ikääntyminen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 19.11.2024. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisssessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Viitattu 10.11.2024. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vanhuspalvelulaki. 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 20.11.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15a>.

Vilka, Hanna. 2021a. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-kustannus. E-kirja. Viitattu 2.12.2024.

Vilka, Hanna. 2021b. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. E-kirja. Viitattu 2.12.2024.

