



LAUREA



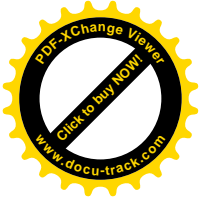
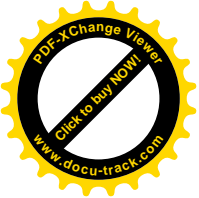
Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Espoon kotihoitossa



Andersson, Jonna

Liedes, Soila

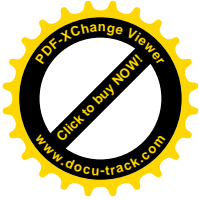
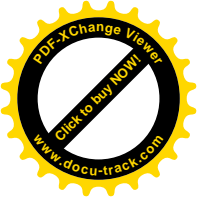
2009 Otaniemi



Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Espoon kotihoidossa

Jonna Andersson
Soila Liedes
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2009



Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tiivistelmä

Jonna Andersson ja Soila Liedes

Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Espoon kotihoidossa

Vuosi 2009

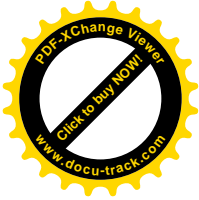
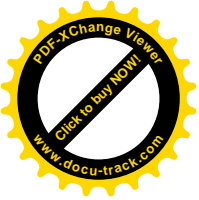
Sivumäärä 50

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja kuvata ikääntyvän asiakkaan kotiuttamisprosessin toteutumista Espoon kotihoidossa. Opinnäytetyömme vastasi seuraaviin kysymyksiin: Miten ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi toteutui Espoon kotihoidossa hoitajien kuvaamana, millainen kotiutusprosessi oli Espoon kotihoidossa ja millaisia vaiheita se sisälsi sekä mitä puutteita ja kehitysideoita siinä ilmeni.

Haastattelimme kohderyhmänämme ollutta Espoon kotihoidon henkilökuntaa. Haastattelussa selvitettiin heidän näkökulmaansa kotiutusprosessin kulusta ja siinä ilmenneistä ongelmista sekä kehittämideoista. Opinnäytetyössämme käytimme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, joka suoritettiin ryhmähaastatteluna kotihoidon henkilökunnan kesken. Haastattelussa oli läsnä kymmenen hoitoalan työntekijää. Haastateltavien keski-ikä oli 48,3 vuotta ja keskimääräinen työkokemus 18,5 vuotta.

Opinnäytetyömme perustui kvalitatiiviseen lähtökohtaan ja analysoimme aineistomme laadullista menetelmää tukevalla sisällön analyysillä. Haastattelun analysoinnissa nousi esiin kotiutusprosessin kulku sekä siinä ilmenneet epäkohdat ja kehittämistarpeet. Hyödynsimme QPR Process Guide -ohjelmistotyökalua kotiutusprosessin aukaisemisessa ja sen avulla teimme myös kotiutuksesta prosessikartan. Saamamme tulokset kotiutusprosessista Espoon kotihoidossa olivat yhtäläiset aikaisempien tutkimusten kanssa ja tukivat niitä.

Asiasanat: Ikääntyvä, kotiutusprosessi, kotiutushoitaja, kotihoito, prosessikuvaus (QPR) ja focus group.



Laurea University of Applied Sciences
Laurea Otaniemi
Nursing
Registered nurse

Abstract

Jonna Andersson and Soila Liedes

The discharge process of an aging client in the home nursing organization of Espoo

Year 2009

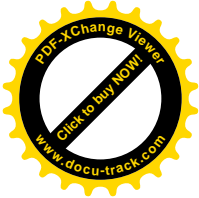
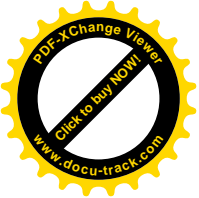
Page 50

The purpose of our thesis was to define and describe the implementation of the discharge process of an aging client in the home nursing organization of Espoo. Our thesis answered the following questions: How the discharge process of an aging client was implemented in the nursing organization of Espoo as described by the nurses, what the discharge process was like and which phases it included and also which problems and development ideas came up.

We focused our interview to the personnel of the home care organization in Espoo. In the interview their perspective was determined of the implementation of the discharge process and the problems and development ideas that arose during it. As a method of data collection for our thesis we used thematic interview, which was carried out as a group interview of the personnel of the home nursing organization. At the interview ten nurses were present. The average age of those interviewed was 48,3 years and their average working experience 18,5 years.

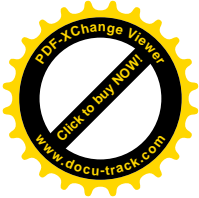
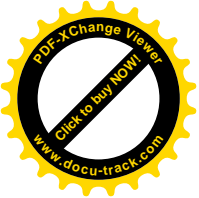
Our thesis was based on a qualitative starting point and our material was analyzed by content analysis, supporting the qualitative method. When analyzing the interview we found out the course of the discharge process as well as the problems and development needs manifested in it. For opening of the discharge process we used the software tool QPR Process Guide and utilized it also for making a discharge process chart. The findings received of the discharge process in home care of Espoo were identical to those of earlier studies and supported them.

Key words: aging, discharge process, home nurse, home care, process description (QPR) and focus group

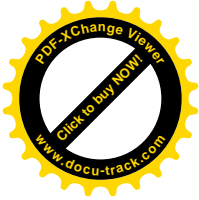
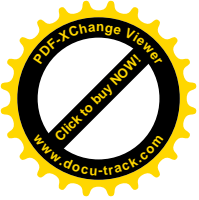


Sisällys

1. Johdanto	6
2. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	7
2.1 Ikääntyvä	7
2.2 Kotiutuminen	8
2.3 Kotisairaahoito ja kotihoito	9
2.4 Kotiutushoitaja	9
3. Kotiutusprosessi aikaisempien tutkimusten valossa	11
3.1 Onnistunut kotiutusprosessi	11
3.2 Kotiutusprosessin tavoite	13
3.3 Kotiutusprosessin toteutuminen	13
3.4 Onnistuneen kotiutumisen edellytyksiä eri näkökulmista	16
3.5 Kotiutusprosessissa ilmenneitä epäkohtia	20
4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät	23
5. Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	24
5.1 Laadullinen lähestymistapa	24
5.2 Opinnäytetyön toteutuminen ja tiedonantajat	25
5.3 Teemahaastattelu	26
5.4 Aineiston analyysimenetelmät	27
5.4.1 Prosessikuvaus ja QPR-ohjelmistotyökalu	27
5.4.2 Sisällön analyysi	28
6. Opinnäytetyön tulokset	29
6.1 Kotiutumisen valmistelu	29
6.2 Asiakkaan kotiutuminen	32
6.3 Kotiutumisen onnistuminen	34
6.4 Kotiutusprosessin vaikeudet ja haasteet	35
7. Pohdinta	37
7.1 Eettiset kysymykset	37
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	38
7.3 Tulosten tarkastelu	40
Lähteet	43



Liitteet	46
Liite 1 Lupahakemus	46
Liite 2 Saatekirje	47
Liite 3 Suostumuslomake	48
Liite 4 Haastattelulomake.....	49
Liite 5 Kotiutusprosessikaavio	50



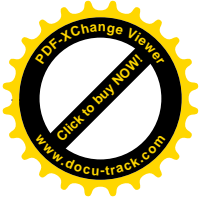
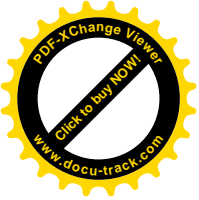
1 Johdanto

Ikääntyminen on jokaisen ihmisen osana, eletty elämä tuo siihen syvyyden ja kauneuden. "Harmaat hapsset ovat kunnian kruunu: se saadaan vanhurskauden tiellä" (Sananlaskut 16:31). Benjamin Matipin (1967) mukaan "menneisyys on vanhuksen aarre. Sieltä löytyy muistojen, kamppailujen ja erehdysten tapahtumaketju".

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää ja kuvata ikääntyvän asiakkaan kotiuttamisprosessin toteutumista. Kohderyhmänämme oli Espoon kotihoidon henkilökunta ja heidän näkökulmansa kotiutusprosessin kulusta ja siinä ilmenneistä ongelmista sekä kehittämisideoista. Tietomme pohjautuu keräämiimme kirjallisuuslähteisiin, painettuihin ja elektronisiin tieteellisiin aikakausjulkaisuihin sekä aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta ja tekemäämme tutkimukseen kotiutusprosessin toteutumisesta. Kotiuttamisprosessin sisällön purkamisessa hyödynsimme QPR Process Guide -ohjelmistotyökälyä.

Tutkimuksessamme ikääntyvä luokitellaan >65-vuotiaaksi. Koko maassa ikääntyneitä oli vuonna 2005 yhteensä 5 255 580, joista 231 704 oli Espoosta ja 187 281 Vantaalta (Häkkinen 2007, 10). Ikääntyessä ilmenee fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia ja se tuo mukanaan useita kehitystehtäviä. Psyykkisiä muutoksia ovat esimerkiksi muistin ja älyllisten toimintojen heikentyminen ja muutokset persoonallisuudessa ja oppimiskyvyssä. Sosiaalisia muutoksia ovat muun muassa elämänkumppanin menettäminen ja ystäväpiirin kaventuminen. Kehitystehtäviä ovat esimerkiksi heikentyneen terveydentilan ymmärtäminen ja oman kuolevaisuuden hyväksyminen (Kilpeläinen ym. 2003, > 9–11).

Vanhusten työssä olisi tärkeää noudattaa seuraavanlaisia arvoja joita ovat tuloksellisuus, avoimuus, asiakaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja luovuus (Blom 2004). Tärkeää olisi, että eri tahoilla olisi riittävästi osaavaa henkilökuntaa (Blom 2004). Ikääntyneelle tulisi mahdollistaa toimivat palvelut, ja huomioitava esteetön ympäristö (Blom 2004). Myös vanhuksen tulisi saada osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Blom 2004). Tärkeää olisi mahdollistaa ikääntyneelle olosuhteet, joiden ansiosta hän voisi elää mahdollisimman pitkään kotona (Blom 2004).



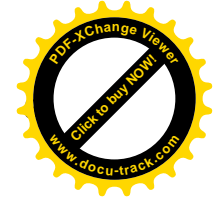
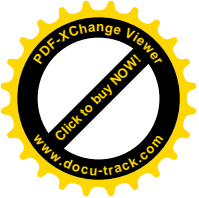
2. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.1 Ikääntyvä

”Vanhuus on voimien vähenemisen, luopumisen ja ehkä sairauksienkin aikaa. Mutta vanhuus on myös viisauden aikaa. Vanhuksilla on paljon annettavaa nuoremmille.” (Castren ym. 2005, > 46–47). Eläkeikä ja isovanhemmuus ovat asioita, jotka odottavat yleensä ihmistä elämänkaaren loppupuolella. Ikääntyminen voi olla kaunis ajanjakso, mikäli terveyttä riittää. Kuten kaikkien elävien olentojen elämä päättyy kuolemaan, niin myös ihmisen (Castren ym. 2005, > 46–47). Mitä tyytyväisempiä ikääntyneet ovat elettyyn elämäänsä, sen tynemmin he hyväksyvät kuoleman väistämättömyyden (Himberg ym. 1992, > 124). Todennäköistä on, että se jatkuu samanlaisena tulevien viiden vuosikymmenen ajan.

Tilastollisesti määriteltäessä vanhuus alkaa vanhuuseläkeiästä. Meidän tutkimuksessamme ikääntyväksi määritellään >65-vuotiaat. >75-80 vuoden iässä avun tarve selvästi kasvaa ja ikääntyneiden avun ja palvelun tarve lisääntyy (Räihä 2000, > 1). Ikääntyminen on luonnollinen osa elämänkaarta. Ikääntyvien vahvuuksina pidetään pitkää elämän kokemusta ja sen mukanaan tuomaa viisautta, kehittyneitä sosiaalisia taitoja sekä syvää perinteiden arvostusta. Voimavaroina vanhuudessa ovat myös uudet elämän tuomat vapaudet ja mahdollisuudet. Ikääntyessä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky heikentyy asteittain. Näitä ovat esimerkiksi kognitiiviset eli tiedon käsittelytoiminnot, tarkkaavaisuus, aisti- ja muistitoiminnot, reaktio- ja motoriikkakyky sekä alentuva muistin kapasiteetti. Mahdollisena seurauksena voi olla tärkeidenkin ihmissuhteiden ja sosiaalisen arvon menetys (Juntheikki ym. 2005, > 48–49; Nurmi ym. 2006, > 210–219). Perintötekijät ja ympäristö kuten liikunta- ja ravintotottumukset määräävät fyysisen vanhenemisen etenemisen. Näkyvimpiä merkkejä ikääntymisestä ovat hiusten harmaantuminen, ryppyjen muodostuminen, liikuntakyvyn heikkeneminen ja aistien hidastuminen ja huononeminen. Elämisen tahti alkaa vääjäämättä taantua. Elintavoista tärkeimpiä ovat oikea, terveellinen ravinto ja liikunta, sillä ne ennalta ehkäisevät sairauksia, pitäen mielen ja kehon virkeänä (Himberg ym. 1992, > 114; Castren ym. 2005, > 46–47). Yksittäisen ihmisen ikääntymiseen liittyy hänen elämänviiva ja työhistoriansa ohella myös yhteiskunnassa ilmenevät muutokset (Mäkinen ym. 1994, > 67).

Vanhuuden kokeminen on yksilöllistä. Eri ikäiset kokevat ikääntymisen hyvin eri tavoin. Ihminen on juuri niin vanha kuin kokee olevansa. Muutokset elämässä vaikuttavat aina myös henkilön mieleen. Muutoksia voidaan ajatella siirtymävaiheina, jotka vaativat käsittelemistä tai läpikäymistä, kuten myös sopeutumiskykyä. Muutokset ovat stressitekijöitä jotka vaativat tilanteen voimavaroja (Nurmi 2001, > 209 & 245). Kulttuuriympäristö määrää sen, miten



vanhuksiin yleisesti suhtaudutaan ja missä määrin vanhuutta arvostetaan (Himberg ym. 1992, > 113).

Mitä vanhemmaksi ihminen tulee, sitä vähemmän ystäviä on lähellä. Yksinasuvia Suomessa on yli 900 000. Suuri osa heistä on ikäihmisiä, joista yli 40 000 kokee jatkuvaa yksinäisyyttä. 270 000 kärsii ajoittaisesta yksinäisyydestä. Alttius muistin heikkenemiselle ja laitokseen joutumiselle on suurempi ikääntyneellä, joka kokee itsensä yksinäiseksi. Depressio ilmenee usein liitännäisenä yksinäisyydelle (Castren ym. 2005, > 103).

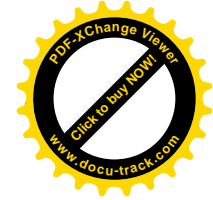
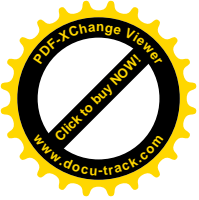
Linnosaaren Kuntokalliolle tekemässä tutkimuksessa ikääntynyt määriteltiin käsitteillä vanhus, vanhuus ja vanhusten hoitotyö. Kyseisessä tutkimuksessa ikääntyneenä pidettiin >75-vuotiaita henkilöitä. Tutkimus korostaa hoitotieteen näkökulmaa, joka nostaa esiin ikääntyneen terveyden ja elämänlaadun vaalimisen, huolimatta rajoitteista joita ikääntyminen tuo mukanaan. Sairauden hoidon lisäksi ikääntyneen hoidon tulee pohjautua rajoitusten sijaan vahvuuksien tukemiseen ja omatoimisuuden ylläpitämiseen. Ikäihmisillä on yleensä monia sairauksia, ja he ovat hyvin usein pitkäaikaissairaita. Elämänhistoria vaikuttaa vanhuksen tapaan käsittää nykytilanteensa ja terveytensä. Lähipiiri ja ympäristön rajoitteet vaikuttavat vanhuksen käsitykseen omasta terveydestään. Sen vuoksi omaisten, ystävien ja muiden sosiaalisten suhteiden merkitys ikääntyneen omatoimisuuden ja positiivisen elämänasenteen tukena ja ylläpitäjänä on suuri. Vuorovaikutus korostuu vanhustyössä. Tärkeää on ottaa huomioon ikääntyneen eletty elämä ja sen mukanaan tuoma kokemus. Niiden vaikutus tulee ymmärtää vanhuksen hoidossa (Linnosaari 2001, > 5–6).

2.2. Kotiutuminen

Uuden suomen kielen sanakirjan mukaan 'kotiuttaa' tarkoittaa määräämistä tai päästämistä palaamaan kotiin. 'Kotiutua' on palaamista kotiin; "Potilas kotiutui eilen" tai tottumista johonkin; "kotiutui nopeasti uuteen asuntoon" (Nurmi 1993, > 270).

Gardner ym. (2002, > 2) määrittää tutkimuksessaan kotiutuksen kotiuttamisen käytännön suorittamisena, joka pitää sisällään hoitohenkilökunnan työtehtävät. Kotiutuminen on takaisin kotiin saapumista tai uuteen ympäristöön sopeutumista asiakkaan kokemuksena. Linnosaaren (2001, > 6–7) Kuntokalliolle tekemän tutkimuksen mukaan kotiuttaminen nähdään prosessina, jossa asiakas tiettyä ajanjaksona orientoituu kotihoitoon. Samalla mahdollistetaan edellytykset, jotka edesauttavat onnistuneen kotihoidon luomista.

Espoon kaupungin tutkimus määrittelee kotiutusprosessin palveluprosessiksi, joka on osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuja (Kaarnasaari 1999, > 11). Useiden tutkimusten valossa käy ilmi, että kotiutuminen käsitetään prosessina, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan, ja päättyy asiakkaan kotiutuessa. Ne jakavat kotiutusprosessin eri vaiheisiin



(Gardner 2002; Linnosaari 2001; Nieminen 2002; Salomaa 2004; Pahikainen 2000).

Kotiutusprosessin tulisi Niemisen (2002, > 5) mukaan olla hyvä ja turvallinen hoitotapahtuma.

2.3. Kotisairaanhoido ja kotihoito

Asiakkaan luona toteutettavaa terveyden- ja sairaanhoidoa kutsutaan kotisairaanhoidoksi. Kotisairaanhoidon kuuluu hoitotoimenpiteitä, kuin myös näytteiden ja kokeiden ottoa. Kotona voidaan toteuttaa vaativampaakin sairaanhoidoa, kuten saattohoitoa. Omaisten huomioiminen on myös osa kotisairaanhoidoa. Väestövastuulääkärin avulla hoidetaan potilasta silloin kun hän ei itse pysty käyttämään avoterveydenhuollon sairaanhoitajan tai lääkärin tarjoamia palveluja. Monesti kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidon yksiköksi. Se on osa hoitoketjua, joka koostuu perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, terveyskeskuksen sairaalasta ja kodista (Kivilehto 2005, > 8).

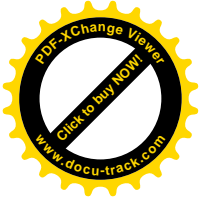
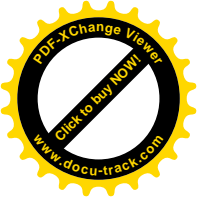
Kotihoito tukee vanhuksia selviytymään kotona jokapäiväisissä toiminnoissaan parhaalla mahdollisella tavalla (Grönroos & Perälä 3/2006 vol. 79:28). Asiakkaan kokonaistilanne kartoitetaan, jonka pohjalta laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, joka pitää sisällään palvelujen tarpeen ja hoidon toteuttamisen. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitetään asiakkaan olosuhteissa tai terveydentilassa tapahtuvien muutosten mukaisesti, jotta hoito olisi alusta loppuun kokonaisvaltaista ja tasokasta (Jyväskylän kaupunki).

Ikääntyneen suorituskyvyn alentuessa ilmaantuu usein ongelmia, jotka liittyvät kodin hoitamiseen, siellä liikkumiseen ja asioiden hoitoon. Kotihoidon avulla ylläpidetään ikäihmisen toimintakykyä antamalla apua edellä mainittuihin toimintoihin. Näin mahdollistetaan vaativimpien palvelujen myöhempää aloittamista ja tuetaan asiakkaan omatoimisuutta mahdollisimman pitkälle. Kotihoidon palvelut alkavat ensin tukipalveluina, joiden avulla seurataan onko lisätarvetta muille palveluille (Juntheikki 2005, > 49).

2.4. Kotiutusohitaja

Kotiutusohitajana toimii kotisairaanhoidon oma sairaanhoitaja. Hän toimii yhteyshenkilönä asiakkaiden, omaisten, alueiden työntekijöiden, laitosten ja yhteistyökumppaneiden välillä. Jos kyseessä on uusi asiakas tai vaativampi kotiuttaminen, hän osallistuu asiakkaan hoitoa koskeviin neuvotteluihin. Lisäksi hän arvioi hoidon, palveluiden ja asiakkaan kuntoutustarpeen, osallistuen hoito- ja kuntoutussuunnitelman ja jatkohoidon laatimiseen (Leppänen 2006, > 9).

Yleisesti, kun kotiutusta suunnitellaan, otetaan ensiksi yhteyttä oman alueen kotiutusohitajaan. Kotiutettavat potilaat tulevat joko lääkärin tai vastuuhoidotajan

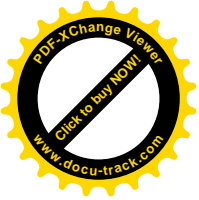


lähettämänä kotiutusohitajalle (Vantaan kaupunki). Potilaille on yleensä erilaisia kotona asumista hankaloittavia tekijöitä, ja kotiutusohitaja hoitaa juuri niitä, jotka tarvitsevat paljon tukea selviytyäkseen kotona. Esimerkiksi huolestunut omainen voi hidastaa kotiutusprosessia, koska hänellä saattaa olla erilainen näkemys kotiuttamisesta (Helsingin kaupungin terveyskeskus 2007, > 32). Kotiutusohitajan toimintaa selkeyttää Gardnerin ym. (2002, > 3–6) tekemä tutkimus, jonka mukaan kotiutusohitaja helpottaa asiakkaan sairaalasta kotiutumista. Muita tutkimuksessa esiin nostettuja kotiutusohitajasta käytettäviä käsitteitä ovat yhteysohitaja ja yksilökohtainen palvelusuunnittelija. Kotiutusohitajana voi toimia sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai erityinen asiantuntijahoitaja, jonka toimenkuvaan kuuluu suunnitella sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden kotiutus ja mahdollinen jatkohoidon järjestäminen. Näin turvataan asiakkaiden hoidon jatkuvuus, edistetään kotiutumista sairaalasta, ohjataan asiakasta arjessa selviytymisessä ja näin mahdollistetaan, että asiakas ei joutuisi takaisin sairaanhoidon palvelujen piiriin.

Yhdessä potilaan ja omaisen kanssa arvioidaan asiakkaalle sopivin jatkohoitopaikka. Arvio perustuu lääkärin ja kotiutusohitajan arvioon asiakkaan terveydestä ja toimintakyvystä (Helsingin kaupunki 2007, > 32). Jos potilas ei ole aikaisemmin ollut kotihoitoon asiakkaana, tehdään hänen vuokseen ensikäynti. Tuolloin kartoitetaan asiakkaan tarvitsema kotiavun tarpeen laajuus byrokraattisine edellytyksineen (Vantaan kaupunki). Tarpeen vaatiessa kotiutusohitaja konsultoi moniammatillista tiimiä, koskien asiakkaan kotiutusta ja avuntarvetta (Helsingin kaupunki 2007, > 32).

Gardnerin (2002, > 5–6) tutkimus nostaa esille kaksi erilaista näkemystä kotiutusohitajan toimenkuvasta Suomessa, jotka ovat seuraavanlaiset; hoitaja tapaa potilaan jo sairaalahoidon aikana, jolloin kotiutuksen suunnittelu aloitettiin ja sen järjestely jatkui asiakkaan kotiututtua. Näin ollen kotiutusohitaja korvasi kotisairaanhoitajan alkuviikkojen ajan, kunnes asiakkaan arki alkoi sujua entiseen tapaan. Kotiutusohitaja oli tuolloin sairaalan palveluksessa. Kotiutusohitaja osallistuu kotiutuksen hoitamiseen sairaalahoidon aikana yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa, mutta ei puutu potilaan hoitoon kotiuttamisen jälkeen. Tällöin kotiutumisen onnistumista seurattiin kotikäynneillä kerran viikossa, yhteensä neljän viikon ajan.

Linnosaaren tutkimuksessa (2001, > 4) omahoitaja toimi kotiutusohitajana. Kotiutusprosessi alkoi tulohaastattelulla, jonka omahoitaja teki potilaan tullessa sairaalaan. Tulohaastattelussa huomioitiin terveydentila, toimintakyky, asuminen ja sosiaaliset suhteet sekä virallinen että omaisten antama apu. Tämän pohjalta tehtiin hoitosuunnitelma, joka sisälsi myös kotiutuksen suunnittelun. Keskeistä suunnitteluvaiheessa oli moniammatillinen yhteistyö. Lisäksi potilaiden ja hänen omaistensa mielipiteet ja toiveet huomioitiin suunnittelun aikana. Omahoitaja huolehti myös kotiutuksen käytännön



toteutumisesta järjestämällä tarvittavat palvelut kotiin, huolehtien potilaan kotiinkuljetuksesta ja informoinnista omaisille, ja potilaalle itselleen.

Muutaman päivän kuluttua kotiutumisesta potilaaseen otetaan uudelleen yhteyttä, jotta onnistunut kotiutuminen voidaan taata. Tarvittaessa kotiutushoitajat jatkavat asiakkaan luona käymistä, jolloin on tarpeen niin vaatiessa samalla mahdollista lisätä kotiapuja (Helsingin kaupunki 2007, > 32; Vantaan kaupunki).

Kotiutusprosessin koordinoimisen ohella kotiutushoitaja luo lisäksi toimivaa verkostoa eri yhteistyötahojen kanssa. Sen ohella hän kouluttaa ja koulutautuu itse, pitääkseen tietonsa ajan tasalla terveydenhuollon ja sosiaalitoimen saralla esille tulleissa uusissa asioissa, osallistuen työryhmiin omaa työtään koskien (Helsingin kaupunki 2007, > 32).

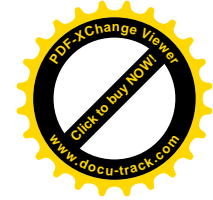
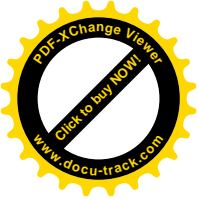
3. Kotiutusprosessi aikaisempien tutkimusten valossa

3.1. Onnistunut kotiutusprosessi

Kotiutuksen laatutavoitteita ovat asiakkaita kunnioittava kohtaaminen, asiakaslähtöisyys, kuntoutumista edistävä työtapa ja saumattomuus. Tärkeitä olisi muistaa ikäänntyneen oikeus itsenäisyyteen, omaan hoitoonsa osallistumiseen ja arvon tunteen säilymiseen. Prosessissa tulee ottaa huomioon myös oikeus hoitoon ja huolenpitoon, sekä ikäihmisen tarve itsensä toteuttamiseen. Hoito tulee suunnitella niin, että nämä oikeudet ja tekijät toteutuvat (Juntheikki ym. 2005, > 13).

Onnistuakseen kotiutus vaatii huolellisen ja riittävän ajoissa aloitetun suunnittelun ja valmistelun. Se sisältää kaikki hoito- ja palvelusuunnitelman osa-alueet. Tärkeää on dokumentoida hoitoon liittyvät asiat hyvin, ja antaa myös asiakkaalle itselleen tilaa osallistua jatkohoidon suunnitteluun, kuten myös mahdollisuus tuoda esiin omia toiveita. Edellä mainitun asiakkaat ja omaiset kokevat tärkeänä. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii, kun sen valmistelu on aloitettu riittävän ajoissa. Siinä otetaan huomioon asiakkaan näkökulma, terveydentila ja diagnoosi. Suunnitelman tulee sisältää myös kaikki asiakkaan kotona tarvitsemat avut ja palvelut, jotta asiakas kokisi selviytymisensä turvatuksi kotioloissa. Suunnitelman tulee olla kaikkia asiakasta hoitavien tiedossa (Juntheikki ym. 2005, > 19,40; Gröönroos & Perälä 3/2006 vol. 79: > 29,31; Laapotti-Salo & Routasalo vol. 2 (1) 2004, > 27; Linnosaari 2001, > 18–29, 33–37).

Onnistuneen kotiutuksen pääkohtia ovat katkeamaton tiedonkulku, sekä riittävät ja ymmärrettävät jatkohoito-ohjeet. Toimiakseen kotiutusprosessi vaatii moniammatillisen tiimin hoitoneuvottelut, selkeät lähetteet ja epikriisit, sekä huolellisesti täytetyt lääkekortit ja reseptit. Informaation tulisi kulkea välittömästi jatkohoidosta vastaaville, jotta he saisivat



tarvittavat tiedot ikääntyneen sairauksista, tehdyistä toimenpiteistä ja hoito- ja kuntoutussuunnitelmista (Nieminen 2002, > 8,15).

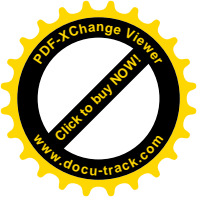
Kaarnasaaren ym. (1999, > 141–16) Espoon kaupungille tekemä tutkimus korostaa asiakkaan, kotihoidon, vastaanotto toiminnan ja laitoshoidon näkökulmia. Hyvän kotiutumisen edellytyksiä ovat organisaatioon, hoitajien toimintaan ja potilaaseen liittyvät tekijät, joista onnistunut kotiutus muodostuu (Pahikainen 2000, > 30–47, 63–70).

Pahikaisen (2000) tutkimuksessa hoitajien näkökulmasta katsottuna organisaatiolta edellytetään, että jatkohoito-lähetteeseen on kirjattu kaikki potilasta koskevat tiedot. Tiedon tulisi siirtyä joustavasti sekä kotihoidosta vastaavien käyttöön, että sairaalan ja avopalveluiden työntekijöiden välillä. Hoitajat kokivat vähiten tärkeänä kotiutumisen suunnittelun aloittamisen heti potilaiden saavuttua sairaalaan. Tämä poikkesi selvästi muiden tutkimusten antamista tuloksista. Hoitajat kertoivat, että parhaiten toteutui yhteistyö moniammatillisen tiimin kanssa (Pahikainen 2000, > 30–47, 63–70).

Samaisessa tutkimuksessa hoitajien toimintaan liittyen tärkeinä pidettiin kaikkia kotiutusprosessin vaiheita, mutta kaikkein tärkeimmäksi hoitajat nostivat kotisairaanhoidon palveluiden järjestämisen asiakkaalle. Muita tärkeitä osa-alueita olivat selvitys potilaan avuntarpeesta, joka myös toteutui parhaiten, sekä potilaan informoiminen jatkohoidosta. Kotikäynnit ennen varsinaista kotiutumista toteutuivat kaikkein heikoimmin. Syynä tähän olivat työvuorojen vaihdokset ja puutteellinen kirjaaminen tehdyistä järjestelyistä avohoidon palveluiden osalta (Pahikainen 2000, > 30–47, 63–70).

Potilaaseen liittyvänä tekijänä pidettiin tärkeimpänä Pahikaisen (2000) tutkimuksessa sitä, että potilaat tietävät kotiutuessaan kuinka heidän tulee toimia, mikäli kotona ilmenee ongelmia, esimerkiksi komplikaatioita. Kyseinen toteutui myös parhaiten. Hoitajat pitivät tärkeänä tiedon antamista sairauden oireista ja mahdollisista komplikaatioista, mikä on keskeinen tekijä potilasohjauksessa. Potilaiden tulee saada tietää, kuinka he voivat olla ja elää kotona rajoitteidensa kanssa, sekä kuinka tehdyt toimenpiteet tai annetut hoidot vaikuttavat kotona selviytymiseen. Hoitajien kannalta vähiten merkitystä oli sillä, että potilaat olivat tietoisia arvioidusta kotiutusajankohdasta osastolle saavuttuaan. Heikoimmin toteutui potilaan mahdollisuus vaikuttaa kotiutumisensa ajankohtaan (Pahikainen 2000, > 30–47, 63–70).

Keskisen (2008) kehittämistyön tuloksissa onnistuneen kotiutumisen edellytyksiä olivat hyvä tiedonkulku eri yhteistyötahojen välillä, kotiutusprosessin varhainen suunnittelu ja aikataulutus, omaisen näkökulman huomioiminen kotiutuksessa, potilaan osallistuminen kotiutusta koskevaan päätöksentekoon, potilaan toimintakyvyn ja



voimavarojen arvioiminen ja tarkka kirjaaminen, omahoitajuus mukana kotiutusprosessin etenemisessä, potilaan motivoiminen kotiutukseen, moniammatillinen yhteistyö, kotihoidon tiedottaminen ajoissa potilaan toimintakyvystä ja voimavaroista, jatkohoitoon ohjaaminen ja potilaan informointi, kotiavun tarpeen arvioiminen ja niiden järjestäminen, sekä potilaan turvallisuuden tunteen varmistaminen koko prosessin ajan (Keskinen 2008, > 23, 28–29).

3.2. Kotiutusprosessin tavoite

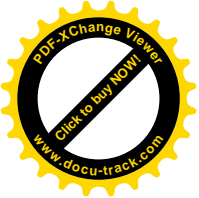
Niemisen ym. (2002, > 3) mukaan kotiutusprosessin tavoitteena on potilaan sujuva siirtyminen sairaalasta kotiin tai toiseen hoitolaitokseen. Kotiutusprosessin suunnittelun tulisi alkaa jo silloin, kun asiakas saa kutsun sairaalahoitoon tai äkillisten sairastapausten sattua mahdollisimman varhain sairaalaan saapumisen jälkeen. Prosessi päättyy, kun asiakas pärjää kotona tai siirtyy hoitoon jonnekin toiseen paikkaan (Nieminen 2002, > 7). Tärkeää on, että kotiutus perustuisi lääketieteellisen diagnoosin lisäksi ikääntyneen omaan haluun siirtyä takaisin kotiin. Keskeistä kotiutuksessa on myös luoda turvallinen perusta selviytymiselle kotona (Juntheikki ym. 2005, > 13).

Moniammatillisuus kotihoidossa ja kotiutumisen suunnittelussa on edellytys kotiutusprosessin onnistumiselle, joka vaatii hoitohenkilökunnalta sitoutumista, yhteistyökykyä ja halua. Kaikki kotiutustilanteet ovat luonteeltaan monimuotoisia ja yksilöllisiä (Juntheikki ym. 2005, > 13; Grönroos & Perälä 3/2006 vol. 79, > 28; Linnosaari 2001, > 6–7, 36). Linnosaaren Kuntokalliolle tekemän tutkimuksen mukaan kotiutumisen pitäisi luoda turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta, ja vaikuttaa positiivisella tavalla ikääntyneen hyvinvointiin (Linnosaari 2001, > 33–37). Kotiutumisen onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää prosessin vaiheet ja suunnitella se kokonaisuudessaan hyvin (Gardner 2002, > 7–19).

3.3. Kotiutusprosessin toteutuminen

Kotiutusprosessi alkaa sairaalaan tullessa ja päättyy asiakkaan onnistuneeseen kotiutumiseen (Gardner 2002; Linnosaari 2001; Nieminen 2002; Salomaa 2004; Pahikainen 2000).

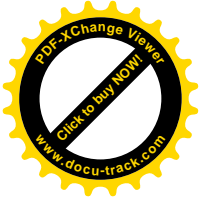
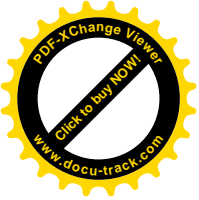
Kaarnasaaren ym. (1999, > 11) Espoon kaupungille tekemä tutkimus jakaa prosessin kolmeen vaiheeseen, joita ovat prosessin käynnistäminen, sen toteuttaminen sekä päätökseen saattaminen. Nämä itsessään voivat pitää sisällään useita erilaisia vaiheita. Salomaan (2004, > 21–39) tutkimuksessa nousee esille kaksi pääkohtaa kotiutuksen toteuttamisessa, joita ovat ikääntyneen kotiutumisen järjestely ja kotikuntoisuuden arviointi. Gardner ym. (2002, > 33–62) jakaa tutkimuksessaan kotiutusprosessin



prosessimallin avulla neljään eri osa-alueeseen seuraavanlaisesti; käsitykseen potilaan elämäntilanteesta, mikä kattaa vanhuksen terveydentilan ja ikääntyneen asumis- ja perheolosuhteet; päätökseen potilaan jatkohoitopaikasta, kattaen ikäihmisen tai omaisen näkemyksen sopivasta jatkohoitopaikasta, sekä kotiutushoitajan ja moniammatillisen tiimin näkemyksen jatkohoitopaikasta; itse kotiutuksen toteuttamisen, mikä käytännössä tarkoittaa tiedottamista jatkohoitopaikkaan vanhuksen tulosta ja hoidon tarpeesta, sekä kotihoidon, vanhuksen ja omaisen ohjaamisen itse kotiutuksen aikana; kotiutuksen arvioimisen kokonaisvaltaisesti, esimerkiksi varmistaen tietojenpaikkansäilytyksen, kotiutushoitajan oman toiminnan arvioinnin refleктоimalla, minkä lisäksi selvitetään potilaan omaisen ja jatkohoitopaikan tyytyväisyyttä kotiutusprosessissa. Tutkimuksen mukaan kolme ensimmäistä vaihetta seuraavat järjestelmällisesti toisiaan. Myös Salomaan (2004, > 21–39) tutkimuksessa prosessi alkaa kotiutus päätöksestä, sen kertomisesta potilaalle ja suunnitelmallisen kotiutuksen toteutumisesta. Tutkimus painottaa toimivaa yhteistyötä eri organisaatioiden välillä.

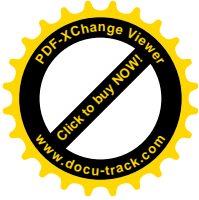
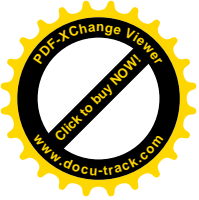
Gardnerin (2002, > 45–46) tutkimus nostaa esille kotiutushoitajan toiminnan kotiutuksen toteuttajana. Kotiutushoitaja voi toimia samanaikaisesti eri prosessin vaiheissa, eikä vaiheita tällöin tarvitse selkeästi erotella toisistaan.

Räihän mukaan ikääntyneen hyvä kotiutus käytännössä vaatii ajoissa tehdyn yhteydenoton kotisairaanhoidon sekä kotipalveluun ja korostaa myös kotiutuksen suunnittelun tärkeyttä ja sitä, että vanhuksen kotona pärjäämistä tulisi seurata. Räihän mukaan kotiutuksen suunnittelu tarjoaa ikääntyneelle tarpeeksi informaatiota kotiutumisesta. Sen aikana tulisi keskustella järjestelyistä, jotka liittyvät kotiin siirtymiseen. Sillä hetkellä otetaan yhteyttä henkilöön, joka vastaa ikäihmisen kotihoitosta. Mahdollisimman pian tulee selvittää ikääntyneen toimintakyky, voimavarat ja kuinka hän on pärjännyt kotona ennen sairaalaan joutumistaan ja millaista apua henkilö on tarvinnut. On myös huomioitava ikääntyneen terveydentila ja tarkistaa lääkityksen oikeellisuus. Tämän jälkeen suunnittelun alkuvaiheessa tulisi myös sopia kotiutumispäivästä. Samalla henkilökunnan täytyy käydä läpi kotiutukseen liittyvät asiat ikääntyneen ja hänen omaisten kanssa. Myös kuljetus kotiin tulisi järjestää kotiutumisajasta sovittaessa. Kotisairaanhoidon sekä kotiapua varten tulee ikääntyneen mukana toimittaa hoitotiedote ja epikriisi, joista käy ilmi tehdyt tutkimukset, nykyinen lääkitys, mahdolliset lääkemuutokset ja jatkohoitosuunnitelmat. Tutkimus painottaa perjantaita huonona kotiutus päivänä yksinasuvalle ikääntyneelle, sillä kotipalvelu ei pysty tarjoamaan samanlaista apua viikonloppuisin kuin arkipäivinä. Räihän (2000, > 3) mukaan kotiutusprosessin tulisi olla sitä huolellisemmin suunniteltu, mitä iäkkäämmästä, sairaammasta ja aremmasta ikääntyneestä asiakkaasta on kyse.



Laineen (2003) tekemä laatukäsikirja Leppävaaran kotisairaanhoidolle kuvaa kotiutusprosessia toimintoketjuna, jossa on kaksi tai useampia erillisiä vaiheita. Tutkimus puhuu kotiuttamisprosessista kotihoidossa ja luonnehtii sitä ydin- eli avainprosessiksi, sekä tukiprosessiksi. Prosessi alkaa asiakkaan tulosta kotihoitoon, edeten asiakkaan tarpeiden kartoittamiseen, päättyen asiakkaan ja hänen tarpeidensa toteuttamiseen. Prosessin ensimmäinen vaihe alkaa palvelupyynnöllä, jonka tekee asiakas itse tai sairaalan henkilökunta, oma lääkäri tai omainen. Sen voi vastaanottaa kotihoiton koko henkilökunta. Käytössä heillä on erillinen palvelupyyntölomake. Toisessa vaiheessa valmistellaan ensikäyntiä, jossa arvioidaan palvelutarve ja asiakkaan kunto. Kolmannessa vaiheessa suoritetaan ensikäynnin arviointi, jossa huomioidaan asiakkaan näkökulma ja toiveet. Viimeisessä vaiheessa asiakas liitetään kotihoiton palveluiden piiriin. Kotiuttamisprosessi päättyy yhdessä asiakkaan kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja sen täytäntöönpanoon (Laine 2003, > 28–33).

Useat tutkimukset korostavat, että on tärkeää arvioida asiakkaan kotikuntoisuus ennen kotiutumista. Esimerkiksi Salomaan (2004) tutkimuksessa kotikuntoisuuden arvioiminen sisältyi hoitajien mukaan seuraavat pääkohdat, joita ovat kotiutujan fyysinen kunto, fyysiset tarpeet ja psyykinen hyvinvointi. Fyysisen kunnan huomioiminen on tärkeää, sillä se laskee sairaalassa olon aikana. Sairaalassa ollessa usein liikkuminen ja omatoimisuus vähenevät. Samainen tutkimus tuo esiin myös kotiutumisaikajankohdan suunnittelun tärkeyden. Kotiutumispäivän tulisi olla alkuvuokosta ja siihen mennessä mahdollisten muutostöiden tulee olla tehtyinä. Päivä kotiutumiselle tulee sopia ajoissa, jotta ikääntyneen tarvitsemat kotiavut olisi järjestettynä heti kotiutumispäivästä alkaen. Tämä antaa kotiutuvalla turvallisuuden tunteen tämän palatessa omaan kotiin. Yhdessä ikääntyneen, omaisten ja fysioterapeutin kanssa selvitetään mahdollisia tarvittavia apuvälineitä. Arvioidessaan ikääntyneen kotikuntoa hoitajat huomioivat ensisijaisesti fyysisiä tarpeita. Tutkimuksessa hoitajat kertovat hoidon turvallisuuden olevan öisin puutteellista ja toivovat siihen parannuksia tulevaisuudessa. Hoitajat arvioivat myös ikääntyneen psyykkistä tilaa, jossa huomioidaan muistin toimivuutta sekä henkistä vireyttä. Tärkeää on luottamuksellinen yhteistyö eri organisaatioissa työskentelevien välillä, sekä hoitajien keskinäisen yhteistyön toimivuus. Asiakasta ei saisi kotiuttaa liian aikaisin, vaan tulisi ensiksi selvittää kotona pärjäämättömyyden syyt ja hoitaa niihin liittyviä sairauksia. Tällä mahdollistetaan ikääntyneen kotona pärjääminen, jotta ei alkaisi uutta kierrettä sairaalan ja kodin välillä. Tutkimus kuitenkin paljastaa, että tämä ei toteudu kovinkaan usein käytännössä, vaan ikääntyneet kotiutuvat usein huonokuntoisina. Salomaan (2004, > 21–39) mukaan hoitajat kokevat ikääntyneen kotiuttamisen työläänä ja aikaa vievänä prosessina, sillä yhä huonokuntoisempia kotiutetaan ja hoitajat pelkäävät sen aiheuttavan ongelmia ja vievän aiempaa enemmän aikaa.

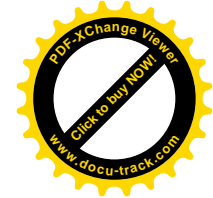
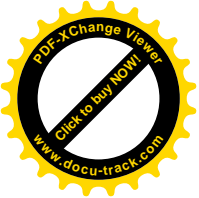


Ikääntyneen kotona selviämistä on seurattava muutamien päivien ajan tehostetummin. Linnosaaren (2001, > 22–26) tutkimuksen mukaan kotiutuneiden ensimmäiset päivät kotona olivat sujuneet melko hyvin. Haastateltujen mukaan kotona pärjäämisessä auttoi halu selvitä itsenäisesti, sopivat apuvälineet kotona, oma liikuntakyky ja turvallisuuden kokeminen.

Laitoksesta kotiin siirryttäessä tulisi ottaa huomioon seuraavia asioita. Kotiutumisen suunnitteleminen tulisi aloittaa hyvissä ajoin. Kotikäynti tulisi tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa muutostöiden valmiiksi saattamiseksi ajoissa ja tarvittavien apuvälineiden hankkimisen vuoksi, ennen kuin ikääntynyt kotiutuu. Tärkeää on myös harjoitella apuvälineiden käyttöä ennen kotiutumista, esimerkiksi kotiloman aikana, mikäli kyseinen on mahdollista järjestää. Näin huomataan mitä on vielä otettava huomioon, harjoitettava tai muutettava. Lisäksi on muistettava, että omaiset ja läheiset tarvitsevat tukea ja muistutusta siitä, että heillä on tärkeä rooli ikääntyneen kuntoutumisen ja kotona pärjäämisen tukena. Kotihoidon puolelta on tärkeää, että henkilökunnalla on yhtenevät ohjeet ja toimintatavat. Kaikkein tärkeintä kotiutumisessa on ikääntyneen voimavarojen huomioiminen ja voimavarojen käytön tukeminen. Moniammatillisen yhteistyön osana fysioterapeutti luo selkeät ikääntyneentarpeista lähtevät kotihoito-ohjeet. Tärkeää onkin ikääntyneen motivoiminen toteuttamaan omaa kuntoutusohjelmaa. Kaiken keskellä pitää huolehtia, että asiakkaalla on toimiva tuki- ja turvaverkosto kotona selviytymisen apuna (Ahvo & Valvanne 2/01 vol. 48, > 31–32).

3.4. Onnistuneen kotiutumisen edellytyksiä eri näkökulmista

Keskisen (2008) tutkimuksessa onnistunut kotiuttaminen edellyttää potilaiden näkökulmasta asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltaista huomioimista, sekä näiden tukemista ja turvallisuuden tunteen luomista, kuten myös kotona tarvittavan avun järjestämistä. Lisäksi asiakkaat korostavat jatkohoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin tärkeyttä, omahoitajan rohkaisua sekä potilaan ja omaisten mahdollisuutta osallistua asiakkaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaat edellyttävät myös aikataulutettua kotiutumissuunnitelmaa, moniammatillisen yhteistyön toimivuutta pitäen sisällään hyvän tiedon välittymisen ja yhteistyön eri potilasta hoitavien tahojen välillä. Samaisessa tutkimuksessa hoitajat edellyttävät onnistuneelta kotiutumiselta edellä mainittujen lisäksi, kotiutumista tukevia asenteita ja kotiutussuunnittelun pikaista käynnistämistä. Kotihoidon näkökulmasta on tärkeää, että he saavat tarpeeksi ajoissa tiedon asiakkaan kotiin palaamisesta ja kartoituksen hänen sairaudenhoidosta, toimintakyvystä ja henkisestä tilasta. Kotihoito korostaa toimivaa yhteistyötä sairaalan ja kotihoidon välillä hyvän kotiin palaamisen mahdollistavana tekijänä (Keskinen 2008, > 23, 28–29).

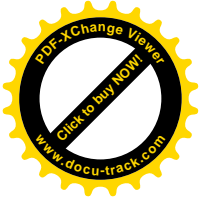
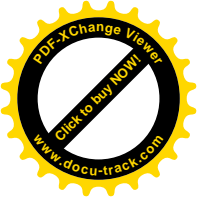


Huang & Liang (2005, > 1193–1194) tutkimuksen tarkoitus oli tutkia kotiutus-suunnitelman hyödyllisyyttä ja tehokkuutta sairaalahoidossa olleiden ikääntyneiden potilaiden kohdalla, joilla oli kaatumisen seurauksena aiheutunut lonkkamurtuma. Lonkkamurtumat ovat ikääntyneiden huomattava sairastavuuden ja kuolleisuuden syy. Kyseinen potilasryhmä edellytti jatkuvia pitkäaikaishoidon palveluja lääketieteellisen seurannan ohella. Kotiutussuunnitelmalla on usein keskeinen asema lonkkamurtuma-potilaiden kohdalla. Tutkimuksen ikääntyneet olivat 65-vuotiaita ja sitä vanhempia. Interventio- ja kontrolliryhmiin jaoteltujen potilaiden keskimääräinen ikä oli >75 vuotta. Tekijät, joilla hyödyllisyyttä pyrittiin määrittämään olivat laitoshoidon pituus, uudelleen hoitoon ohjautumisten määrä, toistuvat kaatumiset, selviytyminen ja kuolleisuus, elämänlaatu ja kyky suoriutua päivittäisen elämän aktiviteeteista.

Enemmistö lonkkamurtumapotilaista eivät saavuta aiempaa toimintakykyään. Toimintakyvyn laskun seurauksena saattaa olla riippumattomuuden menettäminen, mikä tekee pitkäaikaishoidosta välttämätöntä. Kotiutuksen suunnittelun on Oktay ym. (1992; Huang & Liang 2005, > 1194) mukaan kuvattu olevan prosessi, jossa sairaalahoidossa olevien potilaiden tilaa arvioidaan ja suunnitellaan lähtöään sairaalasta. Prosessi sisältää useimmiten seulonnan, psykososiaalisen tilan arvion, mahdollisuuden ohjaukseen ja opetukseen, moniammatillisen työryhmän vastuualueiden yhteensovittamisen, yhteisöllisten palvelujen aktivoimisen, hoidon seurannan ja arvioinnin.

Huang & Liang (2005, > 1194) tekemän tutkimuksen kotiutussuunnitelma-prosessin viitekehys perustuu McKeeham & Coulton (1985) laatimaan kotiutussuunnitelman kolmiosaiseen malliin; rakenne, prosessi ja tulos. Rakenne koostuu kirjallisesta informaatiosta ja strukturoidusta vuorovaikutuksesta terveydenhoidon henkilökunnan kesken. Potilaan tultua hoitoon, prosessivaiheessa sairaanhoidolliset tarpeet kartoitetaan säännöllisesti 24-48 tunnin välein. Valvonta pitää sisällään neuvontaa, koulutusta, koordinoitua, potilaan kokonaisvaltaisen terveydentilan arviointia moniammatillisen tiimin kesken sairaalassaoloajan. Prosessissa pyritään edistämään vuorovaikutusta terveydenhuollon eri organisaatioiden välillä, muodostaen asianmukainen jatkohoidon seurantajakso, huomioiden potilas ja perhe onnistuneen kotiutussuunnitelman toteutumisessa. Tuloksellisuuden osalta kotiutussuunnitelmissa oletusarvona on kustannustehokkuus, mikä ilmenee sairaalahoidon lyhenemisenä ja uudelleen hoitoon tulojen vähenemisenä, parantaen ikääntyneen elämänlaatua (Huang & Liang 2005, > 1194).

Sekä interventio- että kontrolliryhmään kuuluneita potilaita haastateltiin kotiutushetkellä, kahden viikon ja kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta, jolloin lopputuloksia ja edistymistä arvioitiin. Sairaanhoidaja teki yhteistyötä potilaiden, perheen ja hoitotyöryhmän

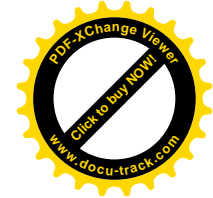
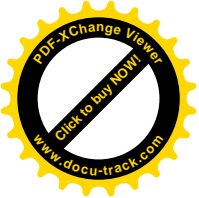


kanssa suunnitellakseen yksilöllisen kotiutussuunnitelman interventoryhmään kuuluneiden potilaiden kesken, antaen kotiutushetkellä potilaille ja perheenjäsenille mukaan yhteenvedon, sisältäen tarkentavan suunnitelman ja senhetkiset huolenaiheet ikääntyneen terveydentilaa koskien. Lisäksi hoitaja toimeenpani suunnitelman varustaen tarvittavat apukeinot, kuten kotihoidon palvelujen järjestämisen ja arvioi kuntoutuspalvelujen tarpeen. Interventoryhmän potilaat kotiutuvat sairaalasta nopeammin, päivittäisen elämänlaadun, fyysisen toimintakyvyn ja elinennusteen ollen korkeampi heille laaditun kotiutussuunnitelman ja sairaanhoitajan toteuttaman säännöllisen terveydentilan valvonnan johdosta, sekä ennen että jälkeen kotiutuksen, mikä näkyi uudelleenhoitoon ohjautumisten vähäisissä määrissä. Kontrolliryhmään kuuluneilla potilailla ei ollut varsinaista kotiutussuunnitelmaa, heidän saaden osakseen vain perushoitoa. Täten he pääsivät pois sairaalasta myöhemmin tai joutuivat lyhyellä ajalla uudestaan hoitoon. Interventoryhmän sosiaalinen ja fyysinen funktio, elinvoimaisuus, mielenterveys ja yleiset havainnot terveydestään paranivat huomattavasti kotiutussuunnitelman myötä (Huang & Liang 2005, > 1195–1197).

Söderback (2007, > 18–19) tutki heikkojen ikääntyneiden ihmisten kotiutumista sairaalasta ja pärjäämistä kotona ikääntyneiden itsensä kokemana hoidon laadullinen näkökulma huomioiden. Lisäksi hoitoon tyytyväisyyden taso, tehokkuus, luotettavuus ja ikääntyneiden tarpeiden kartoittaminen toimivat tutkimuksen mittareina. Tutkimuksen heikkokuntoiset akuuttisairaanhoidon piiristä kotiutuneet ikääntyneet olivat >75-vuotiaita. Heillä oli toiminnallisia rajoitteita, vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toimista ja kärsivät lukuisista diagnooseista.

Osa ikääntyneistä vastaajista ilmoitti hoidon laadun olleen enimmäkseen riittävää ja luotettavaa. Osallistujien vastaukset osoittivat, että ammattiterapeuttiset interventiot, kuten kotiympäristön arvio, asumisympäristön- ja olosuhteiden esteettömyyden kehittäminen ja apuvälineet edistivät ikääntyneiden kykyä asua kotona, mikä näkyi myös uudelleen sairaalaan joutumisten vähenemisenä ja ajallisesti lyhyinä hoitajaksoina. Tämän edellytyksenä oli kokonaisvaltainen kotiutussuunnitelma kotikäynteineen.

Kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen, ikääntyneet olivat hyvin usein stressitilan alaisina, tarviten puolisonsa apua päivittäisten toimien sujumisessa. Edellä mainittua setelma korostaa yhteiskunnan suoman ammattiterapeuttisen intervention tärkeyttä kotiutumisen jälkeen. Ikääntyneen tultua sairaalaan, terapeutit ryhtyvät välittömästi toimenpiteisiin parantaakseen ikääntyneen kotiympäristöä muun muassa turvallisuus-seikat huomioiden, ollen samalla yhteydessä kotihoitoon. Edellä mainitussa tavoitteena on palauttaa ikääntyneen toimintakyky ja toteuttaa kehittäviä, ikääntyneen itsensä harjoittamia aktiviteetteja kotona voimavarojen mukaan, jossa korostuu toiminnan

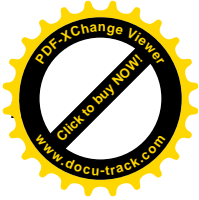
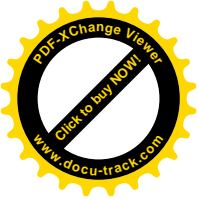


laadunarviointi, tavoiteasettelu, päivittäisten toimintojen ja kehon liikkuvuuden harjoittaminen, tarvittavien apuvälineiden säätäminen ja helposti mukautuvat käyttövälineet terveyden edistämisen ja toipumisen näkökulmasta, kuten myös ergonomian periaatteiden soveltaminen käytännön päivittäiseen selviytymiseen kotona (Söderback 2007, > 19).

Sairaalasta kotiutumisprosessi nähdään Söderbackin (2007, > 20) mukaan keskitettynä, koordinoituna, tasavertaisena ja tieteidenvälisenä prosessina, jossa ikääntynyt asiakas siirtyy sairaalahoidosta kotiin. Kyseinen prosessi käsittää monta osaa, joita ovat sairaalan kotiutusprosessiin olennaisena osana kuuluvat lakipuolen-, organisaation- ja hallinnollisen tahon asianhaarat. Sairaalan sisäinen harkinta kotiutusprosessin edellytyksistä ja suunnittelu tarvittavista kotiutustoimenpiteistä, kuten jatkohoitoa koskeva tiedonsiirto hoitavien tahojen ammattilaisten ja organisaatioiden välillä, ovat keskeisiä osatekijöitä kotiutusprosessissa. Kotiutusinterventioiden toimeenpano ja ikääntyneen kotiuduttua toteutuva hoidollisen tilan jälkiseuranta arviointivaiheineen, kattaa toimenpidekeskeisen lähestymistavan siitä, miten ikääntynyt kotiuduttuaan konkreettisesti tulee selviämään kotona.

Rydemanin & Törnkvistin (2006, > 1299) tutkimuksen tarkoituksena oli saada syvempää käsitystä kotiutusprosessin kokemuksista moniammatillisen työyhteisön keskuudessa, potilaan haavoittuvuus, riippuvuus ja altistavat olosuhteet huomioon ottaen. Tutkimuksessa korostetaan ratkaisevana tekijänä optimaalisen kotiutusprosessin tärkeyttä sairaalahoidossa olevien ikääntyneiden kohdalla, tarkoituksenaan päästä toisenlaisen hoidon piiriin, etenkin terveys- ja lääketieteen menettelytapalinjausten suosien lyhyitä sairaalahoitajaksoja ja avoimuuden terveydenhuollon palvelujen lisääntynyttä kattavuutta. Tutkimuksen tulokset paljastivat kolme teemaa, joilla oli vaikutusta ammattilaisten toimintaan kotiutusprosessissa, koostuen kehyspuitteista, perusarvoista ja potilasresursseista. Kokonaisrakenne käsittää näin ollen potilaan haavoittuvuuden, riippuvuus-elementin ja altistavat olosuhteet kotiutusprosessissa. Yhteistyössä ja kotiutusprosessiin osallistuvien ammattilaisten toiminnassa korostuu tietyt tekijät, joilla on erityinen merkitys. Näitä ovat selvästi erotettavat, yleiset ja yhteiset puitteet, jossa toteutuu tiedostetut ja organisaatioperusteiset arvot. Toiseksi on ensiarvoisen tärkeää huomioida potilaan mahdollisuudet. Yhdessä nämä tekijät edesauttaisivat turvaamaan potilaiden osallistumisen kotiutusprosessiin ja suunnitella optimaalinen, turvallinen ja kokonaisvaltaisen hyvä, kattava hoito. Kliinisen hoitotyön kannalta yhteistyölähtöisyys eri ammatillisten organisaatiotahojen kesken on merkityksellistä ja yleistä, etenkin ikääntyneiden hoidossa. Organisaatioiden ja koulutuksellisten yksiköiden rooli ja tuki ovat ratkaisevia tekijöitä.

Rydemanin & Törnkvistin (2006, > 1300) mukaan useimmiten ikääntyneet ja ne joilla on jokin



pysyvä, toiminnallinen rappeutuminen, tarvitsevat kotiuduttuaan jatkettua kunnallisen- tai avohoidon palvelua. Ennen kotiuttamista potilaan tarpeet ja toiveet tulisi määrittää, niistä tulisi keskustella ja ne tulisi suunnitella siten, että siirtäminen olisi niin turvallinen ja optimaalinen kuin mahdollista. Tämä tulisi toteuttaa kotiutusprosessin keinoin, jossa läsnä ovat sairaalan, avohuollon ja kunnallisen puolen ammattilaiset, kuten myös potilas itse ja tämän perheenjäsen, jotka yhdessä suunnittelisivat hoidon kokonaisuutta.

Omaa hoitoaan ja saamaansa kohtelua koskevaan päätöksentekoon osallistuminen korostuu länsimaissa. Mitä enenevässä määrin potilaat kokevat saavansa osallistua ja vaikuttaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sitä tyytyväisempiä he ovat tuloksiin (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1300).

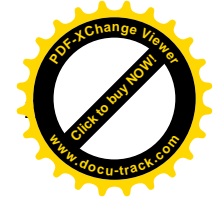
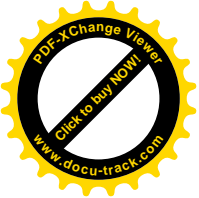
Tekijät, jotka vaikuttavat potilaan mahdollisuuteen osallistua prosessiin ja tehdä johdonmukaisia päätöksiä ovat sairaudenkuva, epävarmuus ja tapa jolla henkilökunta huomioi potilaan. Moniammatillisen hoitotyön lähestymistapa korostuu, kuten myös henkilökunnan välinen vuorovaikutus, joiden on yhdessä todettu olevan avaintekijä tehokkaan kotiutussuunnitelman toteutuksessa (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1300–1301).

Sosiaalinen tuki, esimerkiksi perheen taholta, kuten myös mahdollinen aikaisempi tuki avoterveydenhuollon tai sosiaalipalvelujen puolelta näyttivät helpottavan kotiutusprosessia. Perheenjäsenet nähtiin usein potilaalle korvaamattomana tukena, heidän voivan tasapainottaa potilaan puutteellisia resursseja. Olisi tärkeää asettaa potilaat ja hoitajat kotiutusprosessin keskipisteeksi, sillä hoitosuhde on aina riippuvuussuhde, joka pitää sisällään valtasuhteisiin liittyviä ongelmia. Siinä ei tulisi esineellistää tai yrittää pakottaa potilasta tekemään jotakin tahtomattaan. Tämän vuoksi on tärkeää hoitajana tiedostaa oman käytöksensä vaikutukset ja seuraukset, yrittäen toimia yhdenmukaisesti. Kotiutuksen jälkeinen tuki vähensi uudelleen sairaalaan tulojen määrää, saattaen parantaa terveydentilan tuloksellisuutta (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1304–1305).

Jos eri ammattiryhmät tiedostaisivat yhteiset perusarvot, se hyvin todennäköisesti helpottaisi kotiutusprosessia. Perusarvojen tulisi olla vakiintuneita ammattilaisten kesken. Nämä arvot ja periaatteet tulisi pitää kunniaissa, kuten myös potilaan yksilöiminen ja huomioiminen, eikä niitä tulisi hylätä missään vaiheessa (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1306).

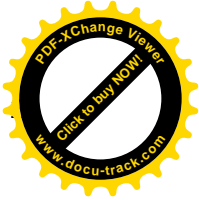
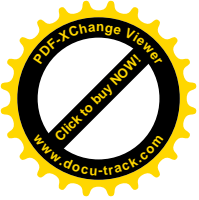
3.5. Kotiutusprosessissa ilmenneitä epäkohtia

Kotiuttaminen ei ole aina mutkaton prosessi, vaan sen aikana voi ilmetä useita vaikeuttavia



tekijöitä. Useat tutkimukset tuovat esiin ongelmakohtia kotiutusprosessissa. Laineen (2003) tekemä tutkimus nosti esille sairaalan toiminnassa ilmeneviä ongelmia asiakkaan tullessa kotihoiton piiriin. Asiakas kotiutetaan sairaalasta liian nopeasti, yhteydenottoja ei tehdä ennen asiakkaan kotiutumista, kotiutuspalaverit eivät toteudu käytännössä ja informaation kulussa ilmenee konkreettisia epäkohtia, raportoinnin ollessa vajaata ja lääkekorttien virheellisiä. Myös asiakkaan fyysisestä kunnosta annetaan todellisuutta myönteisempi kuva. Ongelmia on myös yhteistyössä eri asiakasta hoitavien tahojen välillä. Samainen tutkimus käsitteli myös kotihoiton toiminnassa ilmenneitä puutteita ikääntyneen tullessa kotihoiton asiakkaaksi. Esimerkiksi henkilökuntaa on vaikea tavoittaa puhelimitse ja täytettävä palvelupyyntölomake on puutteellinen. Kotihoodolla ei ole annettuna selkeitä kriteereitä asiakaskunnalle, eikä niitä käytännössä ole edes määritelty. Tämän lisäksi puutoksia ilmenee resurssissa. Esimerkiksi iltakäyntejä ei ole mahdollista järjestää, vaikka tarvetta niille olisi. Myös ensikäyntien jälkeinen raportointi on luonteeltaan vajaata. Esimerkiksi virallisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen aikataulutamisessa on epäselvyyksiä (Laine 2003, > 21–26). Vuorovaikutuksellisia puutteita on havaittu muun muassa perustiedonkulussa, koskien potilaan jatkohoitoa, ilmeten siten, että avohoidon ammattilaiset eivät saa tietoa aikanaan tai lainkaan. Potilaan mahdollisuuksiin saada asianmukaista jatkohoitoa kotiuduttuaan sairaalasta, saattaa negatiivisesti vaikuttaa hoitoyhteisön taholla ilmenevä kommunikaation puute sekä tosiasia, että käytetty aika kotiutuksen suunnittelulle on vähentynyt kasvavien lyhyiden sairaalajaksojen vuoksi. Puutteet kotiutusprosessissa saattaa johtaa turhautumiseen henkilökunnan keskuudessa. Avohuollon ja kunnallisen puolen sairaanhoitajat kokivat, että saivat harvoin osallistua kotiutusprosessiin. Heidän kokemuksensa mukaan kotiutussuunnitelmaa ei useinkaan tehty monille potilaille, joille se olisi ollut välttämätöntä (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1300–1301). Kokonaisvaltainen ja yleinen ongelma oli, että ammattilaisilta usein jäi olennainen tieto potilaasta saamatta juuri sillä hetkellä, kun heidän edellytettiin ottavan hoidollinen vastuu potilaasta. Hoitajat toivat esille ongelmia, jotka koskivat ammattitietouden huomioonottamisen vaikeutta, ulkopuolisten organisaatioiden ja työyhteisöjen ammattilaisten asenteita ja vaihtelevaa suhdetta osallistumisessa kotiutussuunnitelmaan. Useita negatiivisia seuraamuksia havaittiin ilmenneen potilaille hoitohenkilökunnan yhteistyö-, kommunikaatio- ja suunnitelmallisuusvaikeuksien takia, sekä holistisen ihmiskäsityksen puuttuessa potilashoidosta. Potilaan asema koettiin tutkimuksessa yksinäiseksi, hallitseville olosuhteille altistuvaksi, epäedulliseksi ja riippuvaiseksi kotiutusprosessin aikana. (Rydeman & Törnkvist 2006, > 1302–1303).

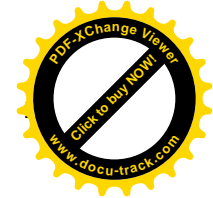
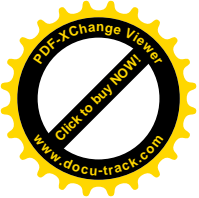
Rydemanin & Törnkvistin (2006, > 1304–1306) mukaan ongelmia ilmeni, kun potilas ei ymmärtänyt kotiutusprosessin tarkoitusta, tai ei ollut tietoinen jatkohoidon linjauksesta. Ongelmia ja erimielisyyksiä nousi etenkin kun potilaan voimavaroja ja tarpeita ei arvioitu,



niistä ei keskusteltu, tai kun ammattilaiset olivat epävarmoja siitä, oliko potilaalla voimavaroja ottaa itsestään täysi vastuu vai ei. Kotiutusprosessi koettiin monimutkaiseksi ja ongelmalliseksi. Ammattihenkilöstö koki, että potilasta kohdeltiin esineenä ja taipuvaisena asettumaan vallan alaiseksi. Tutkimus antaa osoittaa, että potilas kokee ajoittain olevansa kykenemätön itse perehtymään kotiutusprosessiin, koska heitä on kohdeltu esineellistään. Potilaan resurssit, havaintokyky, kyky toimia ja sosiaalinen tuki harvoin arvioitiin tai täysin huomioitiin. Edellä mainittu vaikutti negatiivisesti potilaan mahdollisuuteen osallistua kotiutusprosessin kulkuun. Aina ei ollut ilmeistä, kenen tarpeet olivat kotiutusprosessissa keskipisteenä; potilaan, perheenjäsenten, ammattihenkilökunnan, vai organisaation. Potilaat olivat haavoittuvaisia, koska heitä ei ainutlaatuisina yksilöinä täysin huomioitu eri ammattilaisten taholta.

Kaarnasaaren ym. (1999, > 13–16) tutkimuksessa on tarkasteltu useita kotiutumisprosessia hankaloittavia tekijöitä, kuten resursseissa ilmenevät ongelmat. Puutteet varoissa tulevat esille vanhuksenhoidossa henkilökunnan ylikuormittumisena ja asioiden siirtelynä sektorilta toiselle ilman riittävää selvittelyä ja informointia. Lisäksi toiminnassa on rakenteellisia puutteita, sillä yhteistyö ja tiedottaminen eri tahojen välillä on riittämätöntä ja huonosti järjestettyä. Itse kotiuttamisprosessissa ilmeneviä ongelmia ovat jatkohoidon suunnittelu, kotiutumisen onnistumisen arviointi ja tiedottaminen prosessin eri vaiheissa. Tutkimus tuo esille myös ristiriidat näkemyksissä omaisen ja potilaan välillä liittyen asiakkaan sosiaaliseen ja kulttuuriseen taustaan. Linnosaaren (2001, > 28–30) tekemässä tutkimuksessa Kuntokalliolle nostetaan esiin puutteita omaisten tiedonsaannissa. Omaiset kokivat, että heidän jaksamistaan ei huomioitu riittävästi. Vaikka kotiuttamisajankohtaa pidettiin sopivana, omaiset kokivat hoidon ajoittain fyysisesti raskaana. Kuitenkin annetuista apuvälineistä oli apua kotiutuneen hoidossa. Rydemanin & Törnkvistin (2006, > 1300) mukaan aiemmat tutkimukset ovat antaneet osoittaa, että potilaat kokevat usein saaneensa vain minimaalisesti osallistua omaa hoitoaan koskeviin asioihin.

Salomaan (2004, > 21–39) tutkimuksessa hoitajat kertoivat kotiutuskäytännöissä ilmenevistä puutteista ja toivoivat yhteneväisiä toimintamalleja eri yhteistyötahojen välillä. Erityisesti hoitajat kertoivat informaation kulussa olevan hankaluuksia, esimerkiksi siirtoilmoitusten ollen puutteellisia ja virheellisiä. Pahikainen (2000, > 55–58, 63–70) kertoo lyhytaikaisten sijaisten vaikeuttavan kotiutumisen optimaalista toteuttamista, minkä lisäksi yhteistyö ja tiedottaminen potilasta hoitavien tahojen välillä on heikentynyt. Tutkimuksen mukaan hoitajilla ei ole käytössään rauhallista tilaa kotiutukseen liittyvään ohjaukseen ja neuvontaan, minkä ohella heille annetaan liian vähän aikaa kotiutuksen käytännön valmistelemiseen. Lyhentyneet hoitoajat hankaloittavat kotiutumisen onnistumista. Söderbackin (2007, > 19) tutkimukseen osallistuneet eivät olleet tyytyväisiä kotivastustajien keskuudessa ilmenneen avun yhtäjaksoisuuden ja jatkuvuuden epäkohtaan,



kuntoutuspalvelujen puutteeseen, ammattiavun saatavuuden riittämättömyyteen esimerkiksi geriatrisen ammattiterapian kohdalla, sen suomien enenevien sosiaalisten kontaktien hyötyä silmällä pitäen.

Räihän (2000, > 2) mukaan on tärkeää, että jo sairaalassaolovaiheessa tunnistetaan vanhukset, joiden kotiutusprosessi on vaativampaa, ja jotka todennäköisesti selviytyvät kotona odotettua heikommin. Muistettava on, että ikääntyneen fyysinen toimintakyky heikkenee selvästi sairaalahoidon aikana. Tutkimus kertoo riskitekijöistä, jotka liittyvät heikentyneeseen kotona pärjäämiseen kotiutuksen jälkeen. Näitä ovat korkea ikä, yksin asuminen, heikko sosiaalinen tukiverkosto, moninaiset sairaudet, masentuneisuus, heikentynyt toimintakyky, liikkuminen, päivittäisten toimintojen suorittamisen vaikeus ja alentunut henkinen hyvinvointi. Myös hoitolaitoskierre voi heikentää kotona selviytymistä. Ikääntyneen halu palata itse kotiin edesauttaa kotiutumista, mutta jos omainen vastustaa sitä, se ei yleensä onnistu. Ikääntyneelle äkkinäinen kotiutus voi olla traumatisoiva kokemus, hänen siirtyessään turvallisesta ympäristöstä kotiin, jossa läsnä useimmiten on yksinäisyys, turvattomuus ja pelko.

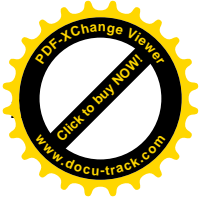
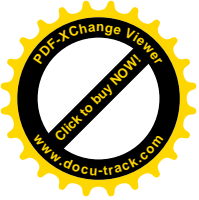
Räihän (2000, > 3) tutkimuksessa selvitettiin ikääntyneen omaa käsitystä kotiutusprosessistaan. Usein kotiutumisen ajankohta ilmoitettiin potilaalle liian myöhään, joskus vasta kotiutuspäivänä. Vain puolessa kaikista tapauksista oli keskusteltu avuntarpeesta ja kotiutumiseen liittyvistä järjestelyistä ennen kotiin siirtymistä. Ikääntyneiden mielestä kotiutuksessa hankalinta on selviytyminen heikentyneen suorituskyvyn kanssa ja palaaminen tyhjiin, kylmään kotiin.

4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotiutusprosessi ikääntyvän asiakkaan näkökulmasta hoitajien kuvaamana Espoon kotihoidossa.

Opinnäytetyössä haettiin vastaukset seuraaviin kysymyksiin: Miten ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi toteutuu Espoon kotihoidossa hoitajien kuvaamana? Millainen ikääntyvän kotiutusprosessi on Espoon kotihoidossa ja millaisia vaiheita se sisältää? Mitä puutteita, kehitysideoita tai prosessia edistäviä tekijöitä siinä ilmenee?

Kohderyhmänä oli Espoon kotihoidon henkilökunta ja heidän näkökulmansa kotiutusprosessin kulusta, siinä ilmenneistä ongelmista ja kehittämisideoista. QPR Process Guide -ohjelmistotyökalua hyödynnettiin kotiutusprosessin aukaisemisessa.



Opinnäytetyön tarkoitus kartoitettiin ja laadittiin teemahaastattelu, jonka avulla pyrittiin tuomaan esille laadullisia näkökantoja, kuten kotiutusprosessin toteutuminen käytännössä Espoon kotiutuksessa hoitajien näkökulmasta ja mitä se pitää sisällään.

Haastattelulomakkeeseen asettiin teemoja, joiden pohjalta haastattelu eteni. Ne kuvasivat henkilökunnan näkökulmaa omasta toiminnastaan sekä asiakkaiden ja heidän omaisten osuudesta kotiutusprosessissa. Tehtävänä oli selvittää kotiutusprosessin toteutuminen vaihe vaiheelta, saada esiin siinä ilmeneviä puutteita ja kehitettäviä alueita.

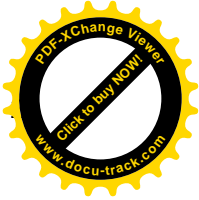
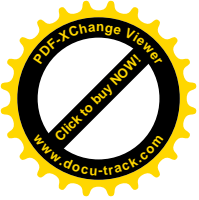
5. Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

5.1. Laadullinen lähestymistapa

Opinnäytetyö perustuu laadulliseen lähtökohtaan. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Ajatuksena tässä on, että todellisuus on monipuolinen.

Tarkoituksena laadullisessa näkökulmassa on tutkia kohdetta mahdollisimman laaja-alaisesti. Tärkeää on muistaa, että todellisuutta ei voi jakaa eri osa-alueisiin, sillä eri tapahtumat muokkaavat ja tukevat toinen toisiaan ja tutkimuksen edetessä on todennäköistä löytää hyvin moninaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan täytyy pitää kiinni arvoista ja objektiivisuudesta. Kvalitatiivinen tutkimus kerää aineistonsa luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, pyrkien löytämään tai paljastamaan tosiasioita sen sijaan, että se todentaisi todeksi jo olemassa olevia totuusväittämiä. Tällaisessa tutkimustavassa pidetään ihmisiä parhaina tiedonlähteinä. Kerättyä aineistoa tarkastellaan monipuolisesti ottaen huomioon pienimmätkin yksityiskohdat. Apuna aineiston keräämisessä käytetään esimerkiksi teema- ja ryhmähaastattelua ja osallistuvaa havainnointia. Haastateltava joukko valitaan huolella ja tarkoituksellisesti. Kvalitatiivinen tutkimus käsittelee aineistonsa kaikki tapaukset yksilöllisesti ja analysoi sen tältä pohjalta (Hirsjärvi ym. 2004, > 152–155).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään sellaisten keinojen avulla, jotka vievät tutkijan lähelle tutkimaansa kohdetta. Tavoitteena menetelmässä on saada selville tutkittavien näkökulma tutkittavasta asiasta. Haastattelu ja havainnointi ovat laadullisen lähestymistavan yleisimpiä tiedonkeruumenetelmiä. Muita mahdollisia menetelmiä ovat päiväkirjat tai arkipäivän tilanteissa syntynyt aineisto. Kerätty materiaali analysoidaan aina aineistolähtöisesti. Aineistosta nostetaan esiin teemoja, jotka ovat tutkimuksellisesti merkittäviä. Kokonaisvaltaisuus on tärkeää aineistoa analysoidessa, sillä on pyrittävä ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ottaen huomioon asiayhteydet ja ilmenevät erityispiirteet tutkimuksessa. Teoreettista osuutta jäsennetään siis laadullisen tutkimuksen avulla (Aaltola & Valli 2001, > 68,72).



Laadullista tutkimusta voidaan kutsua prosessorientoituneeksi, sillä aineistoon liittyvät näkökulmat voivat kehittyä ja muotoutua tutkimuksen edetessä. Se on myös oppimisprosessi tutkijalle itselleen, sillä se kasvattaa hänen tietopohjaansa tutkittavasta asiasta koko prosessin ajan (Aaltola & Valli 2001, > 75). Laadullisessa analyysissä on kaksi eri vaihetta, joita ovat havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Tämänkaltaisen erottelun voi tehdä vain ajatustasolla, sillä käytännössä ne liittyvät aina toisiinsa. Yleisesti ottaen tieteellisessä tutkimuksessa tarvitaan aina mysteerin ratkojan työtä (Alasuutari 1999, > 39).

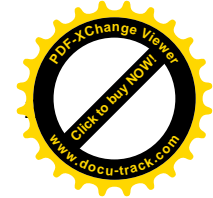
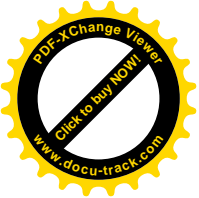
5.2. Opinnäytetyön toteutuminen ja tiedonantajat

Espoon kaupunki määrittelee nettisivuillaan kotihoidon palvelukokonaisuudeksi, johon sisältyvät kotisairaanhoido, kotipalvelu sekä kotihoidon tukipalvelut. Näitä ovat esimerkiksi ateriat- ja kauppapalvelu sekä omahoidontuki ja kuljetuspalvelutuki. Jotta voi päästä Espoon kotihoidon asiakkaaksi, tulee potilaan täyttää erityiset asiakkaaksi ottamisen periaatteet. Näin kotihoito on kohdennettuna erityisesti niille, jotka kipeimmin apua tarvitsevat. Espoossa kotihoito on ympärivuorokautista asiakkaan tarpeista riippuen. Kotisairaaloiminta on myös mahdollista Espoossa. Kotihoito on järjestetty eri alueisiin, joissa toimivat alueelliset kotihoidon työryhmät (Espoon kaupunki, 2008).

Espoon kaupunki määrittelee kotisairaanhoidon lääkärin valvomaksi ja lääkärin lähetteen perusteella annettavaksi sairaanhoidoksi asiakkaan kotona. Espoossa asiakasta tuetaan selviytymään erilaisista päivittäisistä toiminnoista kotonaan kotipalvelun avulla, mutta keskitytään henkilökohtaiseen huolenpitoon kodin kunnossa pitämisen sijasta. Tukipalveluina Espoolla on kotihoidossaan esimerkiksi saunapalvelu, siivous- ja pyykkipalvelu, kauppa- ja ateriapalvelu sekä turvapalvelu (Espoon kaupunki, 2008).

Erilaisten kotipalvelujen avulla Espoon kaupunki pyrkii tukemaan asiakkaan mahdollisimman omatoimista selviytymistä kotona ja he kannustavatkin potilasta omien voimavarojensa käyttämiseen erilaisissa arkipäivän askareissa. Kotihoito tulee vastaan siinä, missä asiakas ei itse pärjää tai hänen omaisensa eivät voi häntä auttaa. Espoon kotihoito arvioi palvelujen tarpeen yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Tämän perusteella he laativat yhteisen palvelu- ja hoitosuunnitelman, josta käy ilmi kotihoidon ja omaisten osuudet asiakkaan auttamisessa. Nimetty vastuuhoitaja huolehtii siitä, että laadittu suunnitelma toteutuu käytännössä. (Espoon kaupunki, 2008)

Espoon kotihoidon hoitohenkilökuntaa haastateltiin focus group -menetelmää käyttäen. Haastattelu oli jaettu eri teemoihin, joiden pohjalta haastattelu eteni.



Teemahaastattelulomake on nähtävissä liitteissä. Haastattelussa oli läsnä kymmenen henkilöä, jotka olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, sairaanhoitaja-kätilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutteja, kotiutushoitaja ja hoidonjärjestelijöitä. Haastateltavien keski-ikä oli 48,3 vuotta ja keskimääräinen työkokemus 18,5 vuotta.

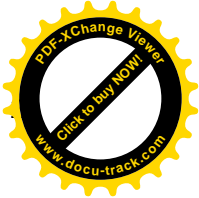
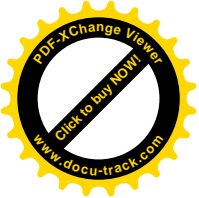
5.3. Teemahaastattelu

Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, joka suoritettiin ryhmähaastatteluna kotihoidon henkilökunnan kesken. Haastattelun teemat oli nostettu aiemmista tutkimuksista kotiutusprosessiin ja kotiutumiseen liittyen. Teemalomake löytyy opinnäytetyön takaa numeroituna liite 4:ksi.

Teemahaastattelussa esiintyvät aihealueet ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei ole tarkasti muotoiltu tai järjestetty. Haastattelumalli sopii käytettäväksi esimerkiksi kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa, koska se täyttää kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerit (Hirsjärvi ym. 2004, > 197). Teemahaastattelu on keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein myös tämän ehdoilla. Vuorovaikutuksessa tutkija kuitenkin pyrkii saamaan esiin asiat, jotka kuuluvat keskustelun aihepiiriin (Aaltola & Valli 2001, > 24).

Ryhmäkeskustelu, ryhmähaastattelu ja Focus Group ovat erilaisia tiedonkeruumenetelmiä, joissa on ennalta suunniteltu teemarunko. Haastattelussa on aina vetäjä, joka ohjaa ryhmän keskustelua annettujen teemojen puitteissa. Ryhmä on kooltaan viidestä kymmeneen henkilöä. Samalla haastattelija pitää huolen siitä, että keskustelu pitäytyy annetuissa aiheissa ja jokaisella on mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä keskusteltavasta aiheesta. Tämän tapaisella menetelmällä annetaan haastateltaville mahdollisuus pohtia kokonaisvaltaisesti aihetta ja näin päästään syvempään ymmärtämykseen mielipiteistä sekä erilaisista tavoista toimia. Focus Group mahdollistaa sen, että haastateltavat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja näin ollen he voivat kysellä ja kyseenalaistaa eri toimintamallien lähtökohtia (Kuluttajatutkimuskeskuksen käyttäjälähtöiset innovaatiot, 2008). Vahvuuksina tämänkaltaisessa haastattelutavassa ovat lyhyessä ajassa kerättävä sisällöltään rikas aineisto ja tilanteen joustavuus (Parviainen 2005, > 53).

Ryhmähaastattelussa saadaan tietoja useilta henkilöiltä yhtä aikaa, ja sitä pidetään tehokkaana tapana kerätä tietoa. Ryhmää haastateltaessa voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia, jotka ilmenevät siten, että haastateltavat voivat auttaa toisiaan, jos puhutaan asioista, jotka ovat muistin varassa ja voivat myös korjata väärinymmärryksiä. Mahdollista kuitenkin on, että ryhmässä on hallitsevia henkilöitä, jotka saattavat estää kielteisten asioiden esiin nostamisen. Lisäksi heikkouksia voivat olla myös määrällisen aineiston puute, tilastollinen epäpätevyys ja tulosten laatu, jotka riippuvat vetäjän taidoista



sekä motivaatiosta. Tämä tulisikin ottaa huomioon haastattelun tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä luodessa (Hirsjärvi 2004, > 199–200; Parviainen 2005, > 53).

Ryhmäkeskustelua voi elävöittää erilaisten virikemateriaalien avulla. Näitä voivat olla esimerkiksi erilaiset lehtiartikkelit, mainokset, tuotteet, kuvat sekä eläytymistarinat. Osallistujien ja vetäjän keskinäinen vuorovaikutus mahdollistaa monipuolisen aineiston keräämisen. Keskustelutilanne on aina moniulotteinen ja tuottaa arvokasta tutkimustietoa. Toinen yleinen ryhmäkeskustelun malli kerää tietoa osallistujien mielipiteistä ja asenteista käsiteltäviä teemoja kohtaan (Ruusuvuori & Tiittula 2005, > 224, 226).

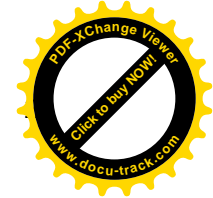
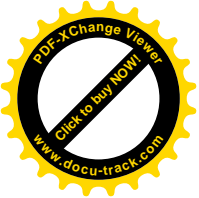
Yleisesti ottaen, Focus Group-keskustelu nauhoitetaan, aineisto jäljennetään ja analysoidaan hyödyntäen tavanomaisia laadulliselle tutkimukselle ominaisia menetelmiä, joita yleisimmin ovat sisältö- tai teema-analyysi. Jotta saavutetaan korkealaatuista Focus Group-aineistoa, tämä edellyttää hyvin järjestettyä istuntoa kaikkien tahojen kesken. Osallistujien lukumäärän vuoksi salassapitovelvollisuuden takaaminen on erityisen tärkeää. Ominaista vuorovaikutukselliselle luonteelleen, Focus Group käsittää tiettyjä eettisiä näkökantoja, jotka kattavat sen, että osallistujat saattavat hiljentyä, närkästyttää tai häiritä jotakuta tiettyä osallistujaa tai itse tutkijaa. Haastattelijan tulisikin olla varautunut käsittelemään soveliaasti vastaavanlaiset tilanteet niiden ilmaantuessa (Silverman 2006, > 178-180).

5.4. Aineiston analyysimenetelmät

5.4.1 Prosessikuvaus ja QPR-ohjelmistotyökalu

Prosessikuvauksen tarkoituksena on auttaa ymmärtämään organisaation toimintaa. Sen avulla voidaan myös tunnistaa prosessissa olevat kriittiset vaiheet. Onnistuneessa prosessikuvauksessa täytyy olla sisällytettynä prosessissa olevat tärkeimmät kohdat. Kuvauksen tulee näyttää selkeästi asioiden välillä olevat riippuvuudet. Sen tulee hahmottaa prosessi kokonaisuudessaan, selkiyttää sen ymmärtämistä ja edesauttaa yhteistyötä prosessissa toimivien ihmisten välillä. Prosessikuvaus mahdollistaa soveltavan toimimisen tilanteen mukaan. Toimiakseen prosessikuvauksen tulee alkaa asiakkaasta ja päättyä asiakkaaseen (Laamanen 2007, > 52,75–76).

Prosessiohjelma QPR on vuorovaikutteinen ohjelmistotyökalu prosessien suunnitteluun ja niiden mallintamiseen. Se mahdollistaa prosessien johtamisen ja niiden suunnittelemisen uudelleen. Lisäksi se edesauttaa prosessien parantamista, laatujohtamista ja yleistä laadun varmistamista näillä osa-alueilla. Ohjelmisto helpottaa paneutumista yksityiskohtaisesti erinäisiin kuvauksiin, sillä se tukee järjestelmällistä prosessikuvausta.



Prosessi voidaan QPR:n avulla selkeyttää erilaisten vuokaavioiden, symbolien ja graafisten kuvien avulla. Näin mahdollistetaan työn tuottavuuden lisääminen ja työilmapiirin parantaminen, kun tulokset ja kehitettävät osa-alueet ovat kaikkien nähtävillä (QPR Process guide esite, 2008).

QPR Process Guide mahdollistaa strategisen prosessien kartoituksen sekä työtulosten ja suorituskyvyn johtamisen mahdollisuuden, analysoiden ja liittäen prosesseja johdonmukaisella tavalla yhteen. Prosessisimulaation avulla on mahdollista ennustaa operatiivisten muutosten vaikutuksia ja suunnitella resurssien tehokasta kohdentamista, ja näin ollen vahvistaa uusia suunnitelmia (QPR Process guide esite, 2008).

QPR Process Guide on korvaamaton ohjelmisto tiedon-, riskien- ja muutosten hallinnan kehityksellisiin pyrkimyksiin. Sen avulla voit uudelleen järjestää ja yhtäjaksoisesti uudistaa ja parantaa prosesseja, siten ohjelmiston oleellisesti palvellon laatupyrkimysten konkreettista todentumista (QPR Process guide esite, 2008).

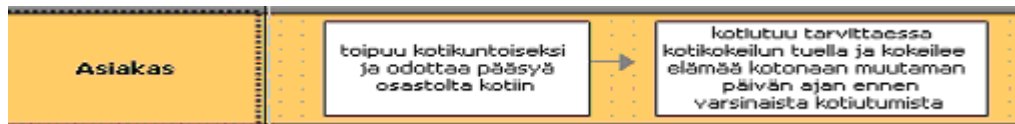
5.4.2 Sisällön analyysi

Aineiston analyysi etenee siten, että kerätty aineistokokonaisuus jaetaan osiin, se luokitellaan ja kootut luokat yhdistellään. Tämän jälkeen edetään takaisin kokonaisuuteen, sen tulkintaan ja hahmotetaan uudelleen teoreettinen ilmiö. Alkaessaan analysoidaan laadullista aineistoa tutkija voi valita useista eri keinoista tavan, jolla alkaa aineistoa purkamaan ja tulkitsemaan. Aineistoa voidaan alkaa analysoidaan jo samaan aikaan, kun aineistoa kerätään. Tutkija voi aloittaa analysoinnin jo haastatteluvaiheessa. Tehdessään johtopäätöksiä tutkimustuloksistaan tutkija pitäytyy lähellä keräämäänsä aineistoa ja sen sisältöä (Hirsjärvi & Hurme 2001, > 136,144). Tärkeä metodologinen kiistakohta Silvermanin (2000, >32)mukaan on, tuleeko haastattelun pohjalta saatuja tuloksia käsitellä joko välittömän kokemukseräisen lähestymistavan vai rakentavaan selostuseräiseen asetelmaan pohjaten. Molemmat vaihtoehdot ovat täysin oikeutettuja, mutta valittu lähestymistapa on selitettävä ja todistettava oikeaksi.

Haastateltavien pieni määrä, joita oli tässä opinnäytetyössä kymmenen, ei tarkoita että käsiteltävää aineistoa olisi vähän. Saatua aineistoa on usein runsas, kun käytetään apuna teemahaastattelua. Aineistoa kerääntyy nopeasti lisää, jos haastattelutilanne on pitkä tai se toistetaan useamman kerran. Myös keskustelun syvyys haastateltavan ja haastattelijan välillä määrittelee, kuinka monitahoista kerätty tutkimusmateriaali on. Runsa aineisto antaa sisällön analyysiin syvyyttä, mutta se tekee siitä myös työlästä ja ongelmia saattaa ilmetä analyysin edetessä. Aineiston purkamiseen ja analysointiin tuleekin ryhtyä mahdollisimman

nopeasti tiedon keräämisen jälkeen. Tällöin aineisto on vielä hyvin muistissa ja antaa sytykkeen tutkijalle. Tämä myös auttaa huomaamaan, jos käsitellyt tiedot ovat joiltakin osin puutteellisia tai niitä on tarpeen täydentää tai selkiyttää. Analysoitaessa on tärkeää voida tarkastella laajemmasta näkökulmasta yksittäisiä asioita ja tuoda ne osaksi kokonaisuutta (Hirsjärvi & Hurme 2001, > 135).

Opinnäytetyössä tulkittiin litteroitua aineistoa järjestämällä sitä ja tuomalla esiin sen rakenteita. Litteroitu aineisto analysoitiin tietokoneella QPR-ohjelmistotyökalulla. Aineistoa selkeytettiin ja poistettiin asiaankuulumattomia osia, joita olivat toistot ja epäolennaiset asiat. Varsinaisessa analyysissä tiivistettiin, luokiteltiin ja tulkittiin aineistoa ja tehtiin siitä johtopäätöksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, >137).



Esimerkki kotiutumisen valmistelun sisällön analysoinnista QPR-ohjelmistoa hyödyntäen:

"Potilas pystyy lähtemään kotiin ja se sairaus mikä hänellä on ollut on parantunut ja toimintakyky riittää kotiutukselle."

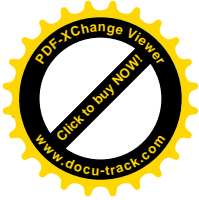
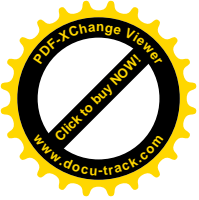
"Meillä on perusterveydenhuollossa kotikokeilu mahdollisuus, yleensä maksimissaan 3 päivää. Sen aikana potilaalla/asiakkaalla on mahdollisuus palata takaisin sairaalaan osastolle ihan mihin kellonaikaan tahansa, että hänen ei tarvitse päivystyksen kautta tulla."

Aineisto analysoitiin kvalitatiivista menetelmää tukevalla sisällön analyysillä. Analysoinnissa huomioitiin ilmiön monimuotoisuus ja ainutlaatuisuus. Analyysin tuloksia pohdittiin ja tehtiin niistä uusia tai aikaisempaa täydentäviä johtopäätöksiä. Sen jälkeen koottiin yhteen haastatteluissa esiin tulleet pääasialliset asiakokonaisuudet. Tuloksista nousseet pääseikat vastaavat myös tutkimuksesta esiin tulleisiin kotiuttamisprosessissa ilmenneisiin epäkohtiin, ja kuinka niitä tulisi kehittää (Hirsjärvi 2004, > 209–215).

6. Opinnäytetyön tulokset

6.1 Kotiutumisen valmistelu

Hoitajien kertoman mukaan kotiutusprosessi alkaa sairaalan päässä kotiutumisen valmisteleemisella. Kun asiakas on kotikuntoinen, sairaalasta tulee tieto Espoon kotihoitoon asiakkaan kotiutumisesta ja kotiutumisen ajankohdasta. Tiedon antaa useimmiten joko sairaalan hoidonjärjestelijä tai asiakasta sairaalassa hoitanut henkilö. Hoidonjärjestelijä on



tehnyt alustavan suunnitelman tarvittavista kotihoidon palveluista ja sopii ensimmäiset kotihoidon käynnit. Tieto kotiutumisesta tulee ensimmäisenä kotiutushoitajalle, joka alkaa järjestämään asioita kotihoidon puolella. Kotiutushoitaja-malli on kehitetty kiireen hallitsemiseksi ja kotiutushoitaja on tavoitettavissa arkipäivisin ilman puhelinaikoja. Kotiutushoitaja välittää tiedon kotiutuvasta asiakkaasta kotihoidon moniammatilliselle tiimille ja järjestää yhteisen kotiutuspalaverin. On myös mahdollista, että ennen varsinaista kotiutumista osastolta järjestetään asiakkaalle kolmen päivän kotikokeilu, jonka aikana hänen on mahdollista palata takaisin osastolle kellonajasta riippumatta. Tänä aikana hänelle on osastolla pidetty vuodepaikka varattuna. Kotikokeilujen aikana voidaan järjestää asiakkaalle tarvittavat kotihoidon palvelut ja apuvälineet.

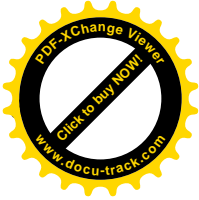
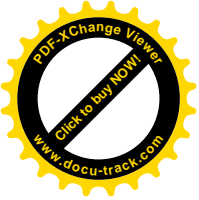
Hoitajat kertovat, että kotiutumisen onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta on yhtä mieltä asiakkaan kotikuntoisuudesta eli asiakkaan toimintakyky riittää kotiutukselle ja että asiakas itse sekä hänen omaisensa ovat motivoituneita kotiutumiseen. Asiakkaan kotikuntoisuuden ja palvelutarpeen arvioimiseen hoitajat kertovat käyttävänsä apunaan erilaisia mittareita ja lomakkeita. Näiden lisäksi se on käytännössä asiakkaan havainnoimista, haastattelua sekä keskustelua asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Tilannetta pohditaan yksilökohtaisesti yhdessä kotihoidon tiimin kanssa. Hoitajien toimintaa ohjaavat perusarvot ja lähtökohdat ovat asiakkaan itsemäärämisoikeus, yksilöllisyys, yhteisöllisyys, innovatiivisuus, taloudellisuus, turvallisuus sekä välittävä, läsnäoleva ihminen.

"Mun mielestä ei pidä koskaan unohtaa sitä että kun meillä on hoitaja ja meillä on asiakas niin me myös ollaan siinä läsnäolevassa tilanteessa ihminen ihmiselle. Välittävä, läsnäoleva ihminen. Se on mun mielestä yksi tärkeä pointti muistaa aina että me ollaan hoitajan roolissa mutta me ollaan myös ihminen toiselle ihmiselle."

"kotiutus onnistunut kun se potilas on ihan oikeesti kotikuntoinen muidenkin kuin sairaalan ylilääkärin mielestä. Elikkä hoitohenkilökunta yhtämieltä siitä että potilas pystyy lähtemään kotiin ja se sairaus mikä hänellä on ollut on parantunut ja toimintakyky riittää kotiutukselle. Siihen tarvitaan potilaan oma motivaatio, siihen tarvitaan omaisten motivaatio. Jos jossakin näissä heittää niin silloin se ei ole optimaalinen."

"Jotkut käyttää tietynlaista lomaketta, toiset ei, riippuen vähän siitä tilanteesta minkälainen asiakas on, jos on enemmän moniongelmainen asiakas jos niin voi sanoa, mä ainakin itse käytän sellaista laaja-alaisenpaa palvelutarpeen arviointia."

"asiakkuus alkaa toimintakyvyn arvioinnilla elikkä se on a ja o kotiutuksen"



näkökulmasta elikkä siihen liittyy fyysisen, psyykkisen, ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi, meillä on käytössä erilaisia mittareita mitä käytetään kotihoidossa ja espoon terveystieteiden keskuksella myös ja ihan tehdään muistitestiä jos siltä tuntuu että on epäily ettei muisti toimi niin kuin pitää. On barthelia, on psyykkisen tilan GDS-testiä mitä tehdään tarvittaessa. Niitä käytetään apuvälineinä ja ravitsemustilantestiä, jos tarve on."

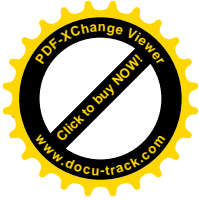
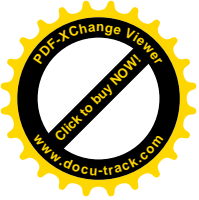
"Mutta sanotaan niin että noin 80 % se avuntarve on sit kuitenkin jotain muuta mun näkökulmasta kuin mitä siihen sisältyy jotakin muuta asiaa kuin millä on tullut koska sen näkee kotona konkreettisesti."

Tärkeää on myös, että tieto kotiutumista tulee ajoissa kotihoitoon, jotta tarvittavat apuvälineet ja palvelut voidaan järjestää. Jos näin ei tapahdu, ei vastaanottava yksikkö pysty välttämättä vastaamaan asiakkaan palvelujen tarpeeseen lyhyellä varoitusaikalla. Toisinaan apuvälineiden hankkimisen lisäksi pitää asiakkaan kodissa tehdä muutostöitä, jotta eläminen kotona olisi mahdollista. Myös tiedon tulisi välittyä selkeästi hoitavalta taholta toiselle, ilman katkoja ja puutteita. Aina tämä ei kuitenkaan käytännössä toteudu. Espoossa tiedonkulkua kuitenkin helpottaa yhteinen tietojärjestelmä Effica. Erikoissairaanhoidon puolella ei tosin yhteistä tietojärjestelmää ole käytössä.

"hoitajan näkökulmasta että prosessi onnistuu, kaikki tapahtuu hyvin. Asiakkaasta on saatu hyvissä ajoin tieto kotihoitoon ja asiakas kotiutuu turvallisesti meidän näkökulmasta ja asiakas saa ne palvelut mitä hän toivoo et hän saa ne palvelut ja että kaikki lähtee sujumaan hyvin"

"sairaalasta saa sen tiedon päivää, kahta päivää etukäteen ja sen tiedon sieltä antaa semmonen ihminen joka on tavanut tän asiakkaan joka on kotiutumassa eli keskustellut ihan kasvotusten tän asiakkaan kanssa että tietää niin kuin ne perussairaudet, lääkitykset ja ongelmat fyysisessä toimintakyvyssä ja mitä sieltä kotioidolta vähän odotetaan eli jos sen tiedon saa vähän aikaisemmin että voi sen asiakkaan mennä vastaanotamaan mun mielestä näissä tilanteissa se asiakas on kyllä tullut jo kuulluksi ennenkuin hän on tullut kotiin. Silloin me voidaan hänen kotona aika turvallisesti ottaa vastaan ja siinä ei tuu mitään hirveitä syöksykierrettä sairaalasta kotiintulon väliin."

"Sitten tietysti myöskin että se vastaanottava yksikkö pystyy vastaamaan siihen palvelujen tarpeeseen mitä se potilas sinne kotiin tarvitsee."



6.2 Asiakkaan kotiutuminen

Asiakkaan kotiutuessa kotihoito tekee ensikäynnin asiakkaan luokse. Käynnin aikana hoitaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen. Se pitää sisällään asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kunnon ja toimintakyvyn. Asiakaslähtöinen asenne ohjaa hoitajan arviointia. Hoitaja havainnoi, kyselee ja kuuntelee asiakasta. Hän huomioi ikääntyneen asiakkaan toiveet, esimerkiksi päivärytmin, motivaation ja ajatukset kotona selviytymisen suhteen. Sosiaalisessa kanssakäymisessä ilmenee mahdollinen psyykkinen ahdistus, yksinäisyys tai asiakkaan sekavuus. Ensikäynnillä on mahdollisesti mukana moniammatillisesta tiimistä kotikuntoutusfysioterapeutti, joka osallistuu yhdessä hoitajan kanssa tuentatarpeen arvioimiseen. Usein läsnä on myös asiakkaan omainen, jonka näkökulma ja mielipiteet huomioidaan suunnittelussa. Käynnin jälkeen laaditaan yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma vastaamaan yksilökohtaisesti ikääntyneen tarpeita, jotta asiakas kotiutuu turvallisesti ja sopeutuu elämään kotonaan.

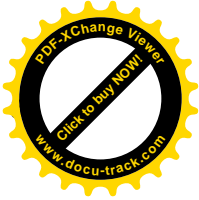
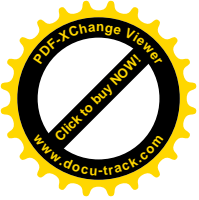
"Kun asiakas tulee meille me tehdään asiakkaalle palvelutarpeen arviointi ja siinä huomioimme kun tehdään kartoituskäynti eli arviointikäynti jolla katsotaan asiakkaan niin fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kunto ja toimintakyky."

"Toimintakyvyn arviointi on ihan havainnointia, pyydetään potilasta nousemaan ylös vuoteesta, katotaan miten näppärästi se käy. Miten hän selviää kun hän kävelee ja käy wc:ssä, nää on oikeesti sellaisia minimikriteereitä sille fyysiselle toimintakyvylle että on kotiutettavissa että selviää siellä wc:ssä. Jos on yksinasuvasta potilaasta kysymys."

"...kuunnellaan asiakkaasta ja omaista mitä palveluja he tarvitsevat, mitä he haluavat. Me huomioidaan jo esimerkiksi asiakkaalta päiviä, päivärytmitystä mihin aikaan he heräävät, käyvät nukkumaan ja niitä totuttuja tapoja mitä heillä on. Ei me mennä asiakkaalle antamaan kahdeksalta aamulla antamaan aamulääkettä jos hän haluaa nukkua kymmeneen. Kaikki lähtee asiakkaan itsemääräämisoikeuksista ja niistä omista totutuista tavoista ja niiden kunnioittamisesta. Asiakaslähtöisestä asenteesta..."

"vaikka fyysinen toimintakyky riittää sille kotiutukselle ni saattaa olla sitten näitä psyykkisiä esteitä."

"pitkälti suunnitellaan ihan omaisten ja potilaan näkökulmasta ja mitä ne hoitajan viestittävät. Sillä tavalla se potilaan osallistuminen on mun mielestä on ihan hirvittävän tärkeää, jos potilaalla ei ole sitä kotiutusmotivaatiota ni silloin



me ollaan pulassa siinä kotiuttamisessa. Mun mielestä se on kaiken a ja o.”

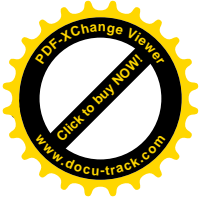
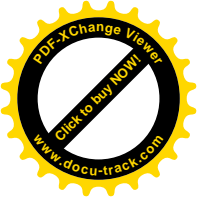
”Aika usein se mitä ensikäynneillä sovitaan asiakkaalle ne palvelut sitten oikeestaan kaksi ensimmäistä viikkoa näyttää sen mikä se todellinen palveluntarve on. Joko sitä on liikaa tai liian vähän tai sitten se on ihan väärään aikaan annettua. Sitten se arjessa eläminen paljastaa sen jos jää asiakkaaksi. Muutenhan hoitaa seurannan sitten menemällä terveyskeskukseen lääkärinvastaanotolle jos on jotain semmoista tarvetta.”

Hoitajat ohjaavat asiakasta yksilöllisten tarpeiden mukaan. He kertovat, että on tärkeää tarttua hetkeen, jolloin ohjaus on otollisinta. Hoitajat ohjaavat, neuvovat ja tukevat asiakasta jokaisella kotikäynnillä ja kertaavat asioita tarpeen mukaan. Hoitajat kertovat, että tarpeet ohjaukselle nousevat esiin asiakasta kokonaisvaltaisesti havainnoimalla. Yhdellä ohjauskerralla ei voi käydä läpi liian montaa asiaa ja on tärkeää varmistaa, että ohjaus on mennyt perille. Hoitajat painottavat yhtenäisyyttä ohjauskäytännöissä, jotta tieto kulkee asiakkaalle aina samalla tavalla. Ohjaustilanne voidaan erikseen suunnitella tai se voi olla ennakoimatonta. Hoitajat mainitsevat oman jatkuvan kouluttautumisen merkitystä ja aktiivisuutta elinikäiselle oppimiselle työssään. Hoitajat kertovat, että kaikenlaisten keinojen käyttäminen, esimerkiksi muistilistat, ovat erinomaisia apukeinoja ikääntyneen asiakkaan ohjaamisessa ja hoidossa.

”ohjauksesta ja suunnittelusta että monta kertaa kun on se ensikäynti, on sitten fysioterapeutti mukana tai ollaan sit erillään. Niin voi suunnitella et saattaa olla et on kuviteltu ja papereissa lukee että on saanu ohjausta ja hän on ne opit omaksunut. Sitten kun se tulee jännittäen, omaiset ja itse potilas tulee jännittäen kotiin voi olla että ne yksinkertaisetkin ohjeet niitä ei ole missään mielessä eikä muistissa, ees paperilla. Aloitetaan se ohjaus monessa asiassa ihan uudestaan.”

”jokaisella käynnillä, kuunnellaan asiakasta ja omaista ja jos sieltä löytyy jotakin asioita mitkä on epäselviä niin sitten me ohjataan, neuvotaan, tuetaan. ja sitten vielä uudelleen käydään se läpi. Ei se ole sillä lailla niin että nyt on tässä joku ohjaamisen paikka kuinka liikutaan tai kuinka insuliini pistetään vaan että me myös varmistetaan sitä ja että me myös arvioidaan jokaisella sen asiakkaan selviytyminen, katsotaan ja arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä siellä kotona ja sen mukaan ja aina sieltä nousee ne ohjauksen tarpeet, johon sitten haetaan vastinetta.”

”Ohjaus on tilanneherkkää ja tartu hetkeen tilanteita on varmaan meillä kaikilla siellä käytännössä. Asiakkaan turvallisuus, missä vaiheessa näyttäisi olevan



otollisinta ottamaan vastaan elikkä ohjausneuvona opetus ja kertaus.”

6.3. Kotiutumisen onnistuminen

Elämiseen kotonaan asiakas saa tarvitsemansa tuen ja avun kotihoidon moniammatilliselta tiimiltä. Hoitohenkilökunta ja muu tiimi vahvistavat asiakkaan voimavaroja, luovat luottamuksellista asiakassuhdetta ja tarjoavat tarpeen mukaan apua arjessa selviytymiseen. He toimivat yhteistyössä asiakkaan hyvän edistämiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi. Kotiutushoitaja tekee seurantakäynnin kahden viikon aikana kotiutumisesta, jossa hän huomio asiakkaan voinnin kehityksen ja yleistilan muutokset. Omaiset nähdään prosessissa tärkeinä yhteistyökumppaineina, sillä he ovat mukana kotiutuksen suunnitteluvaiheesta kotiutumisen onnistumisen seurantaan. Heidän motivaationsa on merkityksellistä, sillä heidän osallistumisensa kotiutumisen suunnitteluun sekä kotona selviytymisen arviointiin on tärkeää turvallisen kotiutumisen kannalta. Poikkeuksena ovat hankalat omaiset, jotka saattavat hankaloittaa kotiutumisen onnistumista. Henkilökunnan on kuitenkin huomioitava tietosuoja ja vaitiolovelvollisuus potillaan asioita hoidettaessa. Kun kotiutus on onnistunut asiakas elää kotonaan tyytyväisenä ja hänellä on hyvä tunne kotiutumisestaan.

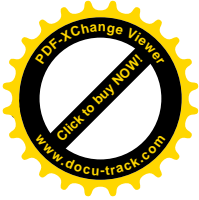
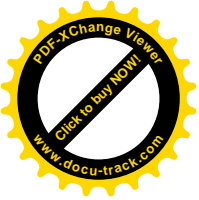
”Seuranta niinku tavallaan tässä uudessa tiimissä tekee moniammatillinen verkosto”

”Ja sitten myös kotikuntoutus fysioterapeutille koska se on semmoinen tilanne että monta kertaa ollaan kotikuntoutus fysioterapeutin kanssa siellä kotikäynnillä ja tehdään niitä arviointeja ja katsotaan”

”Me saadaan se asiakas niin kuin avautumaan, luottamaan ja kertomaan niistä omista asioista. Musta se että sen asiakkaan kanssa syntyy sellainen luottamuksellinen keskustelu ja avoin keskustelu niin sitä kautta me pystytään lähtee rakentamaan sitä hoitoa ja sitä palvelua mitä se asiakas tartteis.”

”kotiutushoitajan roolissa näyttää olevan juuri tää seuranta. Perus kotihoidon väki hoitaa asiakasta päivittäin eivätkä välttämättä havaitse niitä yleistilassa ja toimintakyvyssä muutoksia. Kotiutushoitajat käy siellä sen seurantakäynnin sen kahden viikon aikana siinä tulee se voinnin kehitys selkeämmin esille ja siinä on tärkeä merkitys kotiutushoitajalle.”

”Omaisten osallistuminen siihen suunnitteluun, ylipäätään siihen kotona selviytymisen arviointiin. Omaiset on ihan alkuvaiheesta lähtien tärkeitä henkilöitä



sitä kotiutusta pohdittaessa ja suunniteltaessa.”

”Mä itse koen omassa työssäni hirveen tärkeänä yhteistyö kumppanina omaiset, ja yleensä kaikki potilaat jotka minun kanssani kotiutuu ni heijän lähimpään omaiseen olen ollut yhteydessä mutta aina potilaan luvalla jos ei ole ihan selkeesti kysymys muistisairaasta joka ei edes muista että hänellä omaista onkaan. mutta siinäkin tilanteessa on hirvittävän tärkeä että se omainen on mukana siinä kotiutuksessa koska varsinkin mitä vanhempi se ihminen on ja mitä huonompi toimintakyky on ni sitä suurempi virhe on kotiuttaa ettei omainen tiedä siitä mitään. Ja sen takia omaisen näkökulma ja yhteydenotto omaiseen on hirveen tärkeä asia.”

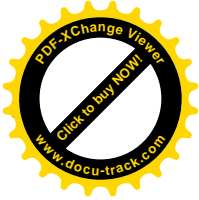
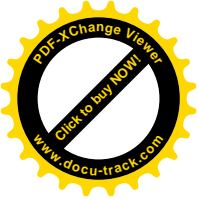
”Joskus on hankalat omaiset, varsinkin tuntuu että on semmoiset jos ei oo hirveesti tekemisissä, asuu jossakin, ulkomailla, eivät edes oikein tiedä todellista tilannetta, saattaa esittää vaatimuksia, tietämättä asioitten todellista laitaa.”

”tärkeintä että se asiakas on tyytyväinen ja se asiakas on onnellinen ja se asiakas kokee tulleen kuulluksi, ymmärretyksi ja hänellä on hyvä olo”

6.4. Kotiutusprosessin vaikeudet ja haasteet

Hoitajien mukaan kotiutumisessa ilmenee mahdollisesti myös ongelmia. Heidän mukaansa ongelmia aiheuttaa liian nopeat kotiutumiset eli potilas ei ole kotikuntoinen kotiutuessaan. Myös eriävät mielipiteet kotikuntoisuudesta hoitajien ja ylläkäarin kesken aiheuttavat liian nopeita kotiuttamisia. Hoitajat eivät voi vaikuttaa kotiutumisen ajankohtaan. Vaikeuksia kotiutumisessa ilmenee myös mikäli asiakkaan oma motivaatio puuttuu tai hän ei ole henkisesti valmis kotiutumiseen. Myös omaisten motivaation puute nousee esille hoitajien taholta. Lisäksi kiire nousee merkittävänä ongelmana kotiutumisen onnistumisessa. Hoitajat kertovat, että aina ei ole riittävästi aikaa perehtyä tulevaan asiakkaaseen tai järjestää tarvittavia apuvälineitä lyhyessä ajassa. Joskus kielitaito on puutteellinen hoitajilla. Toisinaan ongelmia aiheuttaa organisaatioiden sisällä olevat ongelmat ja yhteisen tietojärjestelmän puuttuminen erikossairaanhoidon ja kotihoidon välillä, jolloin tarvittavat tiedot asiakkaasta eivät ole ajoissa saatavilla.

”Kyllä me voidaan kattoo hoitajana että prosessi meni hienosti, kaikki hommat on tehty mutta asiakaalla on tunne ettei hän ole saanut hyvää palvelua. Ja silloin mä en ainakaan voi olla hoitajana tyytyväinen.”



"tehdään liian nopeita kotiutuspäätöksiä että vanhus ei ole oikeesti edes kunnolla parantunut siitä vaivasta minkä takia siellä ollaan hoidossa ja toimintakyky ei ole ehtinyt palautua ja vanhus ei ole henkisesti valmis siihen kotiutukseen. Ne on näitä organisaationaarisia ongelmia, toinen potilas odottaa päivystyksessä ja siellä tehdään tilaa sitten heille. Sitten tietysti tästä liian nopeasta kotiutumisesta johtuu se että kotihoito ei aina pysty vastaamaan siihen tarpeeseen välittömästi. Jos tehdään samana päivänä kotiutuspäätös niin sehän on selvää ettei kukaan sellaiseen niin nopealla aikataululla pysty vastaamaan."

"välillä minunkin mielipiteeni otetaan huomioon ja sitten kun siellä ylilääkäri kiertää niin hän ei ota kenenkään mielipidettä huomioon. Hyvin yksilöllisiä, siinä ei kukaan pysty sanomaan. Olen kuullut kun hän on hoitajalle sanonut että: "Kummallakos meillä on isommat kengät tässä talossa?"

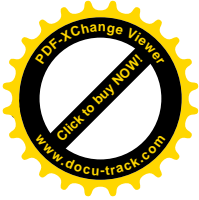
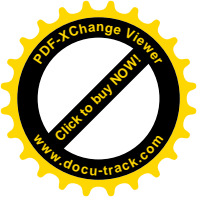
"Siellä on paljon alkoholisteja ja muistihäiriöisiä ja psyykkisesti sairaita. Ylipäätään näiden kaikkien pitää osua kohilleen. Ammattihenkilön sen arvion ja potilaan oman motivaation kohdata. Silloin puhutaan onnistuneesta kotiutuksesta."

"Puutteet on se kiire, ei keretä perehtyä sen asiakkaan tilanteeseen. Aina siellä sairaalan päässä niin hyvin. joskus on ihan kielitaito, siellä on hoitaja kotiuttamassa joka ei osaa kunnolla suomea niin saa kerrottua siitä ei sitten löydy yhteistä säveltä. Kiire voi olla kotihoitonkin päässä. Kotiutushoitaja-malli on periaatteessa kehitysyrittäjä tän asian parantamiseksi."

"potilasasiakirjat aikapitkälti tällaisia manuaalisia, käsinkirjoitettavia edelleen. Ja tää on iso puute siinä että vastaanottava pää ei näe sitten niitä asiakirjoja ja aikapitkälti kotihoito on sen tiedon varassa mikä sinne puhelimitse kerrotaan siinä kotiutusvaiheessa. Epikriisi näkyy vasta viikkojen kuluttua siellä effically ja sitten tätä hoitotyön lähetettä hoitajat eivät aina kirjoita."

Aineistosta nousi muutamia kehitystä vaativia kohtia. Yhteinen tietojärjestelmä helpottaisi kotiutumisen järjestämistä turvallisesti ja tiedon saaminen nopeutuisi. Lisäksi olisi tärkeää kotiuttaa asiakas oikeaan aikaan voinnin mukaan ja saattaa tieto kotiutumisesta ajoissa kotihoitoon, jotta kotihoito ehtii valmistautua asiakkaan kotiutumiseen. Kotihoitoon tulisi saada riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Tärkeää on asiakkaan valmistaminen kotiutumiseen myös henkisesti.

"hoitajan näkökulmasta että prosessi onnistuu, kaikki tapahtuu hyvin."



Asiakkaasta on saatu hyvissä ajoin tieto kotihoitoon ja asiakas kotiutuu turvallisesti meidän näkökulmasta ja asiakas saa ne palvelut mitä hän toivoo et hän saa ne palvelut ja että kaikki lähtee sujumaan hyvin”

”tärkeintä että se asiakas on tyytyväinen ja se asiakas on onnellinen ja se asiakas kokee tulleen kuulluksi, ymmärretyksi ja hänellä on hyvä olo”

”kun asiakas on tyytyväinen niin silloin mun mielestä se että mun mielestä hyvä palvelu on niin kuin vain, on yksi sana, se sana on tunne”

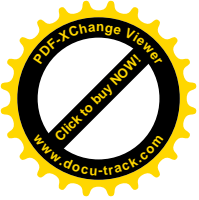
7. Pohdinta

7.1 Eettiset kysymykset

Eettisten periaatteiden noudattaminen on tärkeää tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkijan tulee noudattaa työssään vallitsevia sääntöjä, normeja, arvoja ja hyveitä (Karjalainen 2002, > 58). Tutkijan oikeuksia ja velvollisuuksia selkeyttävät eettiset normit. Ne herättävät tutkijan huomioimaan työhönsä liittyvät eettiset velvollisuudet. Työn eri vaiheissa tulee arvioida oman toiminnan eettisyyttä. Jotta tutkimus on eettisesti hyvä, tutkijan tulee suhtautua kriittisesti tutkimukseensa, tukeutuen positiivisiin lain, moraalin ja tieteen normeihin sekä totuuteen. Avoin mieli on tarpeen tutkimusta tehdessä, jotta tutkimuksen kohteena olevilla ilmiöillä ja asioilla olisi tilaa tulla esiin (Hallamaa ym. 2006, > 34, 44, 46).

Eettisesti hyvin tehty tutkimus sisältää huolellisen valmistautumisen ja suunnittelun. Haastattelua varten tulee anoa asianmukaiset luvat ja suostumukset haastateltavilta henkilöiltä. Heillä tulee olla oikeus vetäytyä haastattelusta milloin tahansa huolimatta siitä, että he ovat suostuneet osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuslupaa anottaessa ja haastateltavien suostumusta kysyttäessä tulee huomioida, että seuraavat tekijät ovat selkeästi esitetty. Näitä tekijöitä ovat muun muassa tutkimuksen tekijät, heidän yhteystietonsa, tutkimuksen aihe ja tavoite, jotka tulevat selkeästi olla esillä lupakirjeessä ja suostumuslomakkeessa. Mainittava on myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, aineistonkeruun toteutustapa, luottamuksellisten tietojen suojaaminen ja osallistujien anonymiteetin turvaaminen. Selkeästi näkyvillä tulee olla myös kerättyjen tietojen käyttötarkoitus ja aika, sekä ketkä tietoja käyttävät. Tutkimuskysymysten tulee olla selkeästi ja johdonmukaisesti laadittuja ja ne eivät saa johdatella haastateltavaa. Kyselylomakkeen kriittinen tarkastelu on tärkeää, sillä tutkija saattaa tulla sokeaksi laatimalleen kyselylle (Mäkinen 2006, > 77, 93–95).

Eettisesti toteutettuun työhön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyöhön liittyvissä asioissa. Käytössä tulee olla eettisiin perusteisiin pohjautuvat menetelmät. Näitä



ovat muun muassa avoimuus, toisten tekemien tutkimuksien kunnioittaminen ja niiden asianmukainen huomioiminen sekä tutkimuksen huolellinen suunnittelu, toteutus ja raportointi (Hallamaa ym. 2006, > 31).

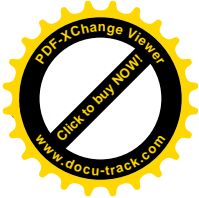
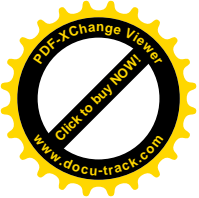
Opinnäytetyö tehtiin edellä mainittuja eettisiä periaatteita kunnioittaen. Työ toteutettiin rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti sen jokaisessa vaiheessa. Toisten tekemiä tutkimuksia aiheesta kunnioitettiin käyttäessä niitä lähteinä. Opinnäytetyö suunniteltiin huolellisesti ja korjattiin suunnitelmaa useita kertoja ennen sen toteuttamista. Asianmukaiset haastatteluluvat anottiin ennen haastattelun toteuttamista. Kyselylomaketta ja asetettuja teemoja tarkasteltiin kriittisesti ennen haastattelun suorittamista. Haastatteluun osallistujille taattiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, täysi salassapitovelvollisuus ja luottamuksellisuus. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai vetäytyä siitä milloin tahansa. Aineiston litteroinnin, sisällön analysoimisen sekä kotiutusprosessikaavion tekemisen jälkeen nauhalla ollut informaatio hävitettiin haastatteluun osallistuneiden anonymiteetin turvaamiseksi. Myös työn raportointi tehtiin huolellisesti yrittäen huomioida kaikki työn kannalta tärkeät kohdat. Opinnäytetyötä tehdessä arvioitiin oman toiminnan eettisyyttä ja suhtauduttiin kriittisesti työhön.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta, joka todentaa missä määrin mittari mittaa tutkittavaa asiaa, toisin sanoen sitä, kuinka luotettava ja pysyvä mittari on. Lisäksi reliabiliteetti sisältää saatujen tulosten johdonmukaisuuden ja säilymisen samanlaisena tutkijasta riippumatta (Mäkinen 2006, > 87). Luotettavuus voidaan siis tuoda julki usealla eri tavalla. Eri tutkijoiden päätyessä samoihin johtopäätöksiin tutkittavasta asiasta, tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla saaden sama tulos, voidaan tulokset todeta luotettaviksi (Hirsjärvi 2006, > 216). Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän pätevyyttä. Jotta tutkimus olisi pätevä, sen tulee mitata tarkoitettua asiaa (Mäkinen 2006, > 87). Tutkijan täytyy huomioida, että hänen käyttämänsä mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija ajattelee tutkivansa. Esimerkiksi haastateltavat saattavat ymmärtää esitetyt kysymykset eri tavalla kuin haastattelija odottaa, tästä johtuen haastattelijan tulisi käsitellä tuloksia optimaalisesti jämähtämättä omiin ajattelumalleihinsa. Näin toimiessaan voidaan saatuja tuloksia pitää valideina (Hirsjärvi 2006, > 216–217).

On tärkeää varmistaa laatu ja luotettavuus alusta lähtien. Ennen itse haastattelua, on syytä valmistella hyvä haastattelurunko, jossa on asianmukaiset tutkimuskysymykset (Hirsjärvi & Hurme 2001, > 184–185).

Kysymykset tulee laatia siten, että ne ovat johdonmukaisia eivätkä johdattele

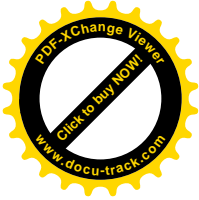
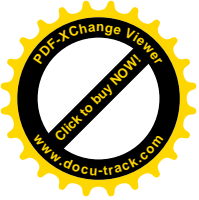


haastateltavaa (Mäkinen 2006, > 93). Olisi myös hyvä miettiä etukäteen, miten haastattelun teemoja voi syventää ja kehittää vaihtoehtoisia lisäkysymysten muotoja. Mahdollisuuksien mukaan tulisi järjestää haastatteluun liittyvä tapaaminen, jossa varmistetaan että haastateltavat ovat ymmärtäneet tutkimuskysymykset. Huomioitavaa on myös varmistaa teknisen välineistön kunto ja että käsillä on riittävästi tallentamismateriaalia. Tutkimuksen laadun kannalta on myös tärkeää litteroida haastattelu nopeasti (Hirsjärvi & Hurme 2001, > 184–185).

Luotettavuuden ja pätevyuden lisäämiseksi tutkijan täytyy laatia täsmällinen selvitys tehdyn tutkimuksen toteuttamisesta. Saadun aineiston käsittely ja siitä tuotettu materiaali tulee raportoida selkeästi ja totuudenmukaisesti. Selvityksen tulee sisältää kattava informaatio haastattelun olosuhteista, paikasta, käytetystä ajasta, mahdollisista häiriötekijöistä, virhetulkinnoista haastattelussa sekä tutkijan oman itsearvioinnin tilanteesta (Hirsjärvi 2006, > 217). Pysyäkseen luotettavuudessa alusta loppuun tutkijan täytyy perustella saatu informaatio kriittisesti. Kriittisyys ilmenee niissä menetelmissä, joita tutkimuksen tekoon käytetään (Karjalainen ym. 2002, > 59). Laadun varmistamiseksi tutkijan tulee siis olla hyvin tarkka tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (Hirsjärvi 2006, > 217).

Kuten Silverman (2006, > 283) korostaa, luotettavuus ja oikeellisuus ovat tärkeitä tekijöitä, koska niiden pohjalta tutkimuksen tarkoituksellisuus ja uskottavuus varmistetaan. Tutkimuksen tarkoituksellisuuden korostaminen ja parantaminen entisestään ovat konkreettista toimintaa, joka pitää sisällään yrityksen taata sen oikeellisuus ja paikkansapitävyys, sekä nauhoitusten sisällöllisyys, jolle tutkimus perimmiltään pohjautuu. Yhtä tärkeää on aloitteen tekeminen analyttisten väittämien todenperäisyyden testaamiseen, jotka nauhoituksista tullaan tekemään.

Opinnäyteyö pyrittiin tekemään luotettavasti ja oikeellisesti. Haastattelun ja aineiston luotettavuutta lisäsi ammattitaitoinen ja asiansa tietävä ryhmä, jolla oli takanaan pitkä työkokemus hoitoalalla. Teemahaastattelulomake oli valmisteltu huolellisesti ja pyritti luomaan se niin, että se ei johdattele haastateltavia ja pysyy sisällöltään tutkittavassa asiassa. Teemahaastattelulomakkeen aiheet nousivat aikaisempien tutkimusten pohjalta. Haastattelu-aika oli sovittu hyvissä ajoin etukäteen, mutta kuitenkin siinä oli sattunut päällekkäisyyttä erään toisen henkilön kanssa. Tästä johtuen haastatteluvuoro siirtyi myöhemmäksi ja haastatteluun jäänyt aika jäi odotettua paljon lyhyemmäksi. Haastattelu kesti vain hieman yli tunnin, vaikka aihe olisi vaatinut enemmän aikaa sen laajuudesta johtuen. Muutamaa teemaa täytyi haastattelun edetessä täsmentää, sillä niitä ei täysin ymmärretty. Huonoa haastattelussa oli se, että se oli osana kokoustilannetta eikä erillinen tilaisuus, millaiseksi se oli alun perin suunniteltu. Haastattelua hankaloittivat myös rajallinen aika ja yhden haastateltavan välihuomautukset käytettävän ajan rajallisuudesta. Haastattelu



suoritettiin ja kaikki kohdat teemahastattelulomakkeesta käytiin läpi. Haastattelu tuotti riittävästi aineistoa aiheen analysointia varten.

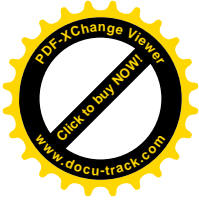
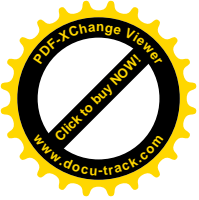
Haastattelu litteroitiin ja analysoitiin nopealla aikataululla. Luotettavuutta paransi nauhan hyvä laatu ja haastateltavien selkeä sekä johdonmukainen puhetapa. Litteroitu teksti lajiteltiin värien avulla oikeiden teemojen alle ja koottiin niistä miellekartta. Sen avulla tehtiin sisällön analyysi ja lähdettiin tekemään kotiutumisesta prosessikaaviota QPR-ohjelmistotyökalua hyödyntäen. Aineistosta kootun kotiutusprosessikaavion luotettavuus varmistettiin lähettämällä se haastatelluille arvioitavaksi ja täydennettäväksi. Tämän jälkeen prosessikaavioon tehtiin tarvittavat muutokset ja täydennykset. Näin varmistettiin aineistosta kootun prosessikaavion oikeellisuuden ja luotettavuuden.

Huolellisuus ja tarkkuus on ollut osana opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Jos kuitenkin jotain voisi työstä tehdä uudelleen, käytettäisiin enemmän aikaa itse haastatteluun. Nyt aineisto oli koottu vain yhdestä haastattelukerrasta, jonka aika oli rajallinen. Myös käynti ennen haastattelua toteutettaisiin, jotta voitaisiin käydä läpi haastattelukysymykset etukäteen ja varmistaa jo silloin niiden ymmärrettävyys. Näin välttyttäisiin virhetulkinnoilta ja voitaisiin saada laajempaa aineistoa. Saadut tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa, joita oli tehty samasta aiheesta.

7.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aiheena oli Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Espoon kotihoidossa hoitohenkilökunnan kuvaamana. Työ alkoi sen suunnittelulla ja aineiston keräämisellä. Alussa tehtiin suuri miellekartta, johon koottiin työn kannalta tärkeää aineistoa. Apuna käytettiin eri värejä, jotka tekivät työstä mielekäästä ja helpottivat kokonaisuuden hahmottamista. Tämän jälkeen kirjoitettiin suunnitelma valmiiksi, joka vaati useampia täydennyskertoja. Suunnitelman valmistuttua anottiin tarvittavat luvat tutkimuksen tekemiseen. Lupien myöntämisen jälkeen haastattelu toteutettiin focus group -menetelmää hyödyntäen. Haastattelun jaettiin eri teemoihin, joiden pohjalta se eteni. Tämän jälkeen litteroitiin nauhoitettu aineisto ja tehtiin sisällön analyysi, jonka pohjalta kotiutusprosessikaavio QPR -ohjelmistotyökalua apuna käyttäen. Työhön valittiin kvalitatiivinen lähestymistapa, jota käytettiin aineiston keruussa sekä sen analysoimisessa. Lopuksi arvioitiin työn luotettavuutta ja eettisyyttä sekä pohdittiin työtä kokonaisuutena. Luotettavuuden varmistamiseksi lähetettiin kotiutusprosessikaavio sekä aineistosta nousseet kehitysideat haastattelussa mukana olleille henkilöille arvioitavaksi ja täydennettäväksi.

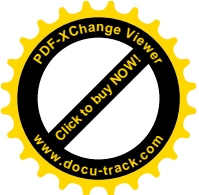
Tulokset olivat yhtäläiset aikaisempien tutkimusten kanssa ja tukivat niitä. Esimerkiksi



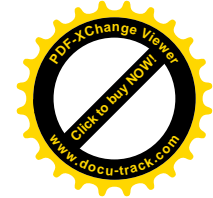
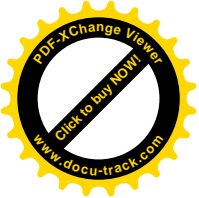
hoitajien työtä ohjaavat arvot olivat hyvin samankaltaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Myös hyvissä ajoin alkanut kotiutuksen huolellinen suunnittelu ja valmistelu nousi esille sekä opinnäytetyön tuloksissa että aikaisemmissa kotiutukseen liittyvissä tutkimuksissa. Yhtenäistä aikaisempien tutkimuksien kanssa olivat myös potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen ensikäynnillä ja edelleen hoitosuhteen jatkuessa, hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen asiakaskohtaisesti, potilaan ja omaisten ohjaaminen tarpeen mukaan ja moniammatillisen tiimin yhteistyö kotiutuksen kaikissa vaiheissa. Samoin yhteneväisesti nousi esiin tiedon nopean välittymisen tärkeys sairaalasta kotihoitoon. Myös asiakkaan toiveiden huomioiminen ja hänen mahdollisuutensa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä potilaan ja omaisen motivoimista itse kotiutumiseen pidettiin keskeisinä asioina kotiutumisessa. Sekä aineistosta että aikaisemmista tutkimuksista nousi koko kotiutusprosessin kannalta merkittävä onnistumisen mittari: potilaan tulee kotiutua turvallisesti ja turvallisuuden tunne tulee varmistaa koko prosessin ajan. Kuitenkaan tuloksista ei noussut juuri uusia näkökulmia kotiutusprosessiin, ainoastaan QPR - ohjelmistotyökalulla tehty kotiutusprosessikaavio, mutta kehitettäviä asioita kylläkin. Aihe on myös hyödynnettävissä jatkoa ajatellen, sillä työstä nousi esille puutteita ja kehitysideoita, joihin puuttumista voisi jatkossa tarkastella. Sillä aineistosta nousseet puutteet olivat hyvin yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa ja niiden parantamiseen pitäisikin nyt kiinnittää huomiota.

Haasteita tuoneita asioita työssä olivat yhteisen ajan järjestäminen ja opinnäytetyöprosessin hidas eteneminen meistä riippumattomista syistä. Kolmen ihmisen oli välillä vaikeaa löytää yhteistä aikaa työn tekemiseen ja yksi tekijöistä joutuikin lopulta jäämään pois prosessista. Opinnäytetyön tekeminen on ollut ajoittain hyvin raskasta ja se on todella kasvattanut sekä ammatillisesti että yksilöinä kohdattujen haasteiden vuoksi. Kasvamista prosessin aikana voidaan pitää myös onnistumisena, sillä matkan varrella on opittu paljon ja kypsytty ihmisinä. Kerätty aineisto vastasi hyvin aiheita. Käytettävissä oli paljon hyvää lähdemateriaalia. Lisäksi työn toteutusta varten tarvittavat luvat saatiin nopeasti. Tehty teemahaastattelu onnistui hyvin ja tallentui nauhalle selkeästi, mikä helpotti aineiston litteroimista ja analysointia. Myös saatu ohjaus oli hyvää ja rakentavaa. Tutkimustulokset tukivat aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja koko prosessi eteni johdonmukaisesti sen jälkeen, kun yksi tekijöistä jäi pois. Alkuperäinen kokoonpano ei toiminut toivotulla tavalla.

Aihe oli tärkeä sen ajankohtaisuuden vuoksi. Lehdistä saa lukea usein kotonaan asuvien ikäihmisten yksinäisyydestä. Laitospaikkojen vähyys ja pula osaavasta henkilökunnasta vanhusten hoidossa aiheuttaa osittain sen, että yhä enemmän pyritään siihen, että ikääntyneet asuisivat kotonaan mahdollisimman pitkään kotiavun ja kotihoiton turvin. Jotta ikääntynyt pärjäisi kotonaan mahdollisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen, tulisi



kotiutumisen olla ajankohdaltaan ja järjestelyiltään hyvin suunniteltu ja toteutettu onnistuakseen optimaallisesti. Sen tulisi vastata yksilökohtaisesti jokaisen kotiutuvan ikääntyneen tarpeita ja mahdollistaa turvallisen elämisen kotona. Jatkossa voitaisiin tehdä rinnakkaistutkimuksia eri kotihoitojen välillä ja verrata kotiutusprosessien kulkua ja onnistumista. Lisäksi voitaisiin tutkia kotiutusprosessin toteutumista asiakkaan näkökulmasta ja verrata hoitajien ja asiakkaiden näkemyksiä kotiutusprosessin onnistumisesta.



Lähteet

Ahvo, L. & Valvanne, P. 2001. Vanhuksen kotiutumiseen on panostettava. Fysioterapia 2/01 Vol. 48, > 31–32.

Blom, H. 2004. Vanhusten palvelustrategia, Vantaa.fi-verkkotoimitus. http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;2031;20717;20733. Luettu 20.10.2008.

Castren, M., Juvakka, E., Schone A., Turunen, S. & Valste J. 2005. Tietoretki. Porvoo, Werner Söderström Osakeyhtiö.

Espoon kaupunki, palvelut asukasryhmille, vanhuksille, kotihoito. 2008. <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;8532;8649>. Luettu 12/2008.

Gardner, S., Arve, S. & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutusprosessin elementit: kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja N:O 3:2002.

Grönroos, E.K. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen - kotihoidon henkilöstön näkökulma, Sairaanhoidaja 3/2006 vol. 79, > 28–31.

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy.

Huang, T. & Liang, S. 2005. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling, Journal of Clinical Nursing, 14, 1193-1201, Blackwell Publishing Ltd.

Juntheikki, B., Laine, E. & Mänkärä, P. 2005. Järvenpään kaupungin koti- ja laitoshoidon kotiuttamismalli, Laurea ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Järvenpää.

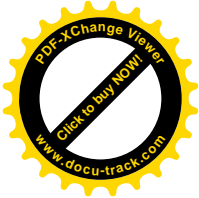
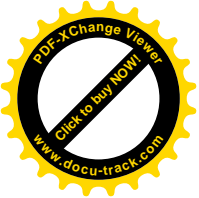
Jyväskylän kaupunki, kotihoito ja kotiin annettavat palvelut. 2008. <http://www.jkl.fi/sote/ikaantuvat/palvelukotiin/kotihoito>. Luettu 20.10.2008.

Kaarnasaari, A, et al. 1999. Onnistunut kotiutusprosessi - edellytys hyvälle asiakaspalvelulle ja tehokkaalle resurssien käytölle. Loppuraportti kotiutusprosessin kuvauksesta 1.4.1999. Leppävaaran sosiaali- ja terveyskeskus. Sairaala- ja laitospalvelut. Espoon kaupunki.

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki, Gaudeamus.

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaasta - katkeamaton hoitoketju, Stadia, opinnäytetyö. Helsinki. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf> sequence=1. Luettu 13.11.2008.

Kilpeläinen, K., Leppänen, S. & Virtanen, M. 2003. Oma koti kullaa kallis - Mielenterveysmessuvieraiden ajatuksia hyvästä vanhuudesta vuosina 2001 ja 2002. Opinnäytetyö; Diakonia-ammattikorkeakoulu, Lahden yksikkö.



Kivilehto, S. 2005, Ikääntyvien asumiseen ja asumista tukeviin palveluihin liittyvä suomalainen tutkimus ja hankkeet 2000-luvulla (2000-2005) <http://www.asunto2010.fi/attachements/2005-12-13T09-35-3967.pdf> 12/2005: 8

Kuluttajatutkimuskeskuksen käyttäjälähtöiset innovaatiot, Juuseri, Ryhmäkeskustelut. <http://www.juuseri.com/wp-content/uploads/2007/08/3-ryhmakeskustelu.pdf>. Luettu 20.10.2008.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Keuruu, Otavan Kirjapaino.

Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan, Tutkiva hoitotyö 2004, vol 2 (1), > 27.

Laine, N. 2003. Leppävaaran kotihoiton laatukäsikirja ja ydinprosessikuvaus asiakkaan tulosta Leppävaaran kotihoitoon. Laurea ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Espoo.

Leppänen, P. 2006. Kotiutushoitajan tehtäväkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitossa. Stadia, opinnäytetyö. https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6746/stadia_1147415678_7.pdf?sequence=1. Luettu 13.11.2008.

Linnosaari, U. 2001. Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen potilaan ja omaisen kokemana, Kuntokallio, Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus.

Mäkelä, M., Häkkinen, U., Juslin, B., Koivuranta-Vaara, P., Liski, A., Lyytikäinen, M & Laine, J. 2007. Sairaalasta kotiin asti - Erikoissairaanhoidossa alkaneet hoitajaksoketjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes, Työpapereita 3/2007.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski, Gummerrus Kirjapaino Oy.

Nieminen, A., Parkkinen, K., Louekoski-Huttunen, T., Malin, A., Rontu, P. & Pammo, O. 2002. Kotiutusprosessi, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B 8/2002.

Nurmi, T., Rekiaro, I. & Rekiaro, P. 1993. Suomen kielen sanakirja - Suomea Suomeksi. Jyväskylän, Gummerus Kirjapaino Oy.

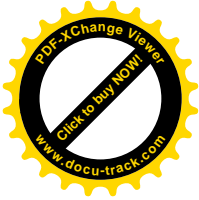
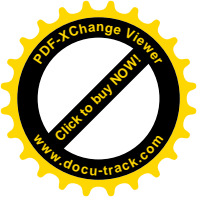
Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta, Pro Gradu-tutkielma. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Parkkonen, P. 2006. Olosuhteet muuttuvat, mutta turvallisuus säilyy: iäkkään potilaan matka erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon, Tutkiva hoitotyö, > 32–33.

Parviainen, L. (2005) Fokusryhmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyydetutkimuksen menetelmät, 53. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1. <http://www.cs.uta.fi/kurssit/usabsem/luvut/4-Parviainen.pdf>. Luettu 13.11.2008.

QPR process guide ohjelmistotyökalu -opas. 2008. <http://www.workflowdownload.com/processmanagement/qpr-processguide.htm>. Luettu 20.10.2008.

QPR Process Guide -esite. 2008. http://www.oamk.fi/liike/tk/hankkeet/hankeportfolio/pkk_hanke/docs/QPRProcessguideEsite.pdf. Luettu 20.10.2008.



QPR process guide fact sheet. 2008.

<http://www.qpr.com/Brochures/QPRProcessGuideFactSheet.pdf>. Luettu 20.10.2008.

Rydeman, I.B. & Törnkvist, L. 2006. The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1299-1307. Blackwell Publishing Ltd.

Räihä, A. 2000. Vanhuksen hyvä kotiutus, 27.4.2000.

<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/000427.htm>. Luettu 13.11.2008.

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa hoitajien kuvaamana, Pro gradu-tutkielma, Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopion yliopisto.

Silverman, D. 2000. *Doing Qualitative Research - A Practical Handbook*. SAGE Publications Ltd.

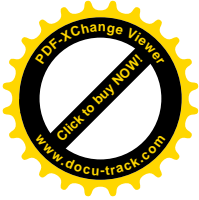
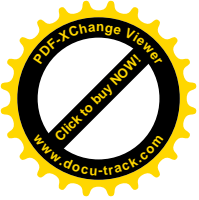
Silverman, D. 2006. *Qualitative Research - Theory, Method and Practice*. SAGE Publications Ltd.

Söderback, I. 2007. Hospital discharge among frail elderly people: a pilot study in Sweden, *Occupational Therapy International* 15 (1): 18–31 (2008) John Wiley & Sons, Ltd.

Työryhmäraportit, 28.2.2007, Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon, Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus, > 32.

Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystieteiden palvelut, ikääntyneiden palvelut.

http://www.vantaa.fi/i_listasivu.asp?path=1;220;4722. Luettu 13.11.2008.



Liitteet

Liite 1 Lupahakemus

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

20.01.2009

ARVOISA ESPOON KOTIHOIDON ALUEPÄÄLIKKÖ

Olemme Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoita Otaniemi-instituutista. Teemme prosessikuvausta ikääntyneen asiakkaan kotiutumista Espoon kotihoidossa. Tavoitteenamme on selvittää kotiutusprosessin toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä mitä puutteita ja kehitysideoita siinä ilmenee. Tutkimuksemme on osa opinnäytetyötämme ja Kotiin-hanketta. Pyydämme teiltä ystävällisesti lupaa tehdä tutkimuksen Espoon kotihoidossa. Aineiston kokoamista varten olemme laatineet teemahaastattelun ja se olisi tarkoitus suorittaa tammi-helmikuun 2009 aikana focus group -ryhmähaastattelua hyödyntäen. Haastattelu puretaan QPR-prosessiohjelman avulla.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja siitä on mahdollista vetäytyä milloin tahansa niin halutessanne. Takaamme teille luottamuksellisuuden tutkimuksen aikana ja käsittelemme aineiston anonymiteettiänne kunnioittaen. Tutkimustulokset ovat käytettävissä keväällä 2009. Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat lehtorit Paula Lehto ja Pirjo Korhonen-Kivinen Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen instituutista.

Lähetämme ohessa opinnäytetyön suunnitelman, kyselylomakkeen ja saatekirjeen sekä suostumuslomakkeen. Vastaaamme mielellämme mahdollisiin opinnäytetyötämme koskeviin lisäkysymyksiin.

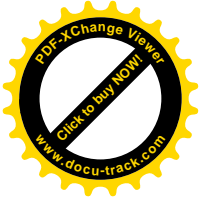
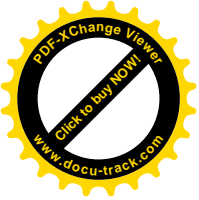
Annan suostumukseni haastattelun tekemiseen Espoon kotihoidossa

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvitys

Yhteistyöstä kiittäen
Sairaanhoitaja-opiskelijat:
Jonna Andersson ja Soila Liedes

Opinnäytetyömme ohjaaja:
Paula Lehto, puh: 040-0541479
Paula.Lehto@Laurea.fi
Otaniemi-instituutti
Laurea-ammattikorkeakoulu



Liite 2 Saatekirje

ARVOISA KOTIHOIDON HENKILÖKUNTA

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa, Otaniemi-instituutissa sairaanhoitajatutkintoa. Teemme prosessikuvausta ikääntyneen asiakkaan kotiutumisesta Espoon kotihoodossa. Tavoitteenamme on selvittää kotiutusprosessin toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä mitä puutteita ja kehitysideoita siinä ilmenee. Tutkimuksemme on osa opinnäytetyötämme ja Kotiin-hanketta. Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseemme. Aineiston kokoamista varten olemme laatineet teemahaastattelun ja se olisi tarkoitus suorittaa tammi-helmikuun 2009 aikana focus group -ryhmähaastattelua hyödyntäen. Haastattelu puretaan QPR-prosessiohjelman avulla.

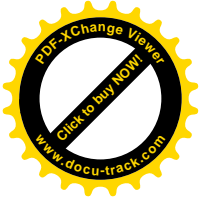
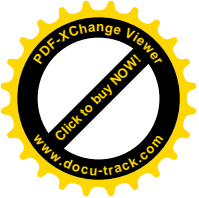
Osallistumisenne tutkimukseen on vapaaehtoista ja voitte vetäytyä siitä milloin tahansa niin halutessanne. Takaamme teille luottamuksellisuuden tutkimuksen aikana ja käsittelemme aineiston anonymiteettiänne kunnioittaen.

Tutkimustulokset ovat käytettävissä keväällä 2009. Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat lehtorit Paula Lehto ja Pirjo Korhonen-Kivinen Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen instituutista. Vastaamme mielellämme mahdollisiin opinnäytetyötämme koskeviin lisäkysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen
Sairaanhoitaja-opiskelijat:

Jonna Andersson ja Soila Liedes

Opinnäytetyömme ohjaaja:
Paula Lehto, puh: 040-0541479
Paula.Lehto@Laurea.fi
Otaniemi-instituutti
Laurea-ammattikorkeakoulu



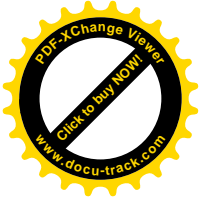
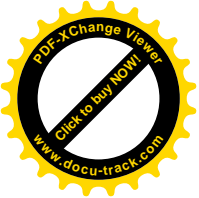
Liite 3 Suostumuslomake

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun osallistumaan haastatteluun liittyen ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessin kuvaamista Espoon kotihoidossa. Olen tietoinen, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin vetäytyä siitä tutkimuksen missä vaiheessa tahansa, niin halutessani. Luotan, että anonymiteettiäni kunnioitetaan ja kaikki materiaali käsitellään luottamuksellisesti.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys



Liite 4 Haastattelulomake

Asiakas hoitohenkilökunnan näkökulmasta

- Kunto ja toimintakyky
- Voimavarat ja avuntarve
- Potilaan osallistuminen ja toiveet kotiutusprosessissa

Hoitajien näkökulma

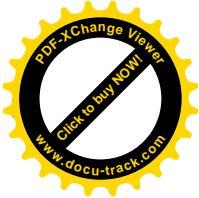
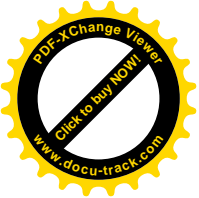
- Hoitotyön arvoperusta
- Asiakkaan ja omaisten ohjaus
- Menetelmät

Kotiutusprosessi hoitohenkilökunnan näkökulmasta

- Optimaalinen kotiutusprosessi
- Tiedonkulku
- Moniammatillisuus
- Kotiutushoitajan rooli
- Kehitysideat

Omaiset hoitohenkilökunnan näkökulmasta

- Osallistuminen potilaan hoitoon
- Tiedon ja tuen tarve
- Omaisten näkökulma potilaan voinnista ja toimintakyvystä nyt ja aikaisemmin
- Vaitiolovelvollisuus asiakkaan asioissa



Liite 5 Kotiutusprosessikaavio

