

**VANHUSASIAKKAAN KOTIUTTAMINEN
ILVESKODISTA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, Ainola, 15.5.2012

Riikka Joon-Kuitunen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Riikka Joona-Kuitunen	Vuosi 2012
Työnnimi	Vanhusasiakkaan kotiuttaminen Ilveskodista	

TIIVISTELMÄ

Vanhusten määrän kasvaessa ja kotihoidon lisääntyessä on lisääntynyt tarve kehittää Ilveskodin ja kotihoidon yhteistyötä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ilveskodin kotiuttamisprosessin onnistumista kotihoidon työntekijöiden kuvaamana, saada ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi sekä selvittää, näkyykö laitostuntoutusjakson vaikuttavuus asiakkaan arjessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa siitä, kuinka Ilveskodin kotiutus käytännössä onnistuu ja kuinka laitostuntoutuksen vaikuttavuus näkyy asiakkaiden arjen toimintakyvyssä.

Opinnäytetyössä käytettiin rinnakkain sekä määrällistä että laadullista lähestymistapaa. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kotiutuvien asiakkaiden mukana kotihoidon laitettavaa kyselylomaketta. Kyselyn kohderyhmänä olivat kotihoidon työntekijät ja omaishoitajat, jotka vastaanottavat Ilveskodista kotiutuvan asiakkaan. Vastauksia saatiin yhteensä 24 kappaletta, ja aineisto analysoitiin manuaalisesti sekä sisällön analyysin avulla.

Kyselytutkimuksen perusteella kotiuttamisen onnistuminen oli vaihtelevaa ja vastauksien mukaan havaittiin puutteita tiedonkulussa. Opinnäytetyössä saatiin ehdotuksia yhteistyön parantamiseksi sekä todettiin, että laitostuntoutusjaksot parantavat asiakkaiden virkeyttä ja siten toimintakykyä arjessa.

Jatkotutkimuksen haasteena on uusia kyselytutkimus sen jälkeen, kun yhteistyötä ja tiedonkulkua Ilveskodin ja kotihoidon välillä on parannettu.

Avainsanat Vanhus, kotiuttaminen, kotihoito, kuntoutus

Sivut 43 s, + liitteet 11 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author Riikka Joonas-Kuitunen **Year** 2012
Subject of Bachelor's thesis Discharging Elderly Customers from Ilveskoti

ABSTRACT

The purpose and aims of the Bachelor's thesis were to find out how successful the discharge process from Ilveskoti was. The starting point for the work was the homecare point of view. The main focus was to develop the co-operation between Ilveskoti and homecare and to find out how the rehabilitation period shows in the activity of daily living.

The theoretical basis of the thesis consisted of source material and gathered information. The method used for gathering information was a questionnaire and the material was analyzed by using a qualitative analysis method.

Based on the collected material the success of the discharge process varied and there were deficiencies in the flow of information. The conclusion was that the co-operation between Ilveskoti and home care really needs to be developed. According to the results of the research, the rehabilitation period improved the elderly people's daily living, they were energetic and spontaneous in daily living.

Keywords Discharge, rehabilitation, home care, elderly people

Pages 43 p + appendices 11 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN KESKEISIMMÄT KÄSITTEET	2
2.1	Vanhus.....	2
2.2	Asiakas	2
2.3	Kotiuttaminen.....	3
2.4	Toimintakykyluokat ja toimintakykyä arvioivat mittarit	3
2.4.1	RAVA.....	5
2.4.2	Mini-Mental State Examination (MMSE).....	6
2.4.3	FIM	6
2.4.4	TOIMIVA.....	6
2.4.5	15D	7
3	ASIAKKAAN KOTIUTTAMINEN	8
3.1	Kotiutuksen suunnittelu ja toteutus	8
3.1.1	Kotiutukseen osallistuvien tehtäväkuva Ilveskodissa	10
3.1.2	Kotiutusasioista vastaavien hoitajien tehtäväkuva Ilveskodissa	10
3.2	Kotiuttamistilanteen ongelmat	11
3.3	Onnistuneen kotiutuksen edellytykset.....	12
3.3.1	Hoitajan saate	12
3.3.2	Läakelista.....	13
4	LAITOSKUNTOUTUS ILVESKODISSA.....	14
4.1	Hoitotyön periaatteet Ilveskodissa	14
4.2	Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutus	15
4.3	Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutuksen sisältö	16
4.4	Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi	17
5	KOTIHOIDON JA LAITOSKUNTOUTUKSEN YHTEISTYÖ	19
5.1	Kotihoito.....	19
5.2	Yhteistyö ja sen muodot	19
5.3	Yhteistyö kotiutustilanteissa	20
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMAT	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
7.1	Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmä	22
7.2	Opinnäytetyön menetelmän valinta ja aineiston keruu	22
7.3	Opinnäytetyön tulosten käsittely ja analyysi.....	23
8	OPINNÄYTETYÖN KYSELYN TULOKSET	25
8.1	Taustatietoihin liittyvät kysymykset	25
8.2	Kotiuttamisen onnistuminen Ilveskodista	26
8.3	Jakson vaikuttavuuteen ja yhteistyön kehittämiseen liittyvät kysymykset	29
8.4	Opinnäytetyön eettiset kysymykset ja luotettavuus	31

9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	33
9.1	Taustatietoihin liittyvät johtopäätökset	33
9.2	Kotiuttamisen onnistuminen Ilveskodissa.....	34
9.3	Laitoskuntoutuksen vaikuttavuus asiakkaiden arjen toimintakyvyssä.....	35
9.4	Jatkotutkimushaasteet.....	36
9.5	Kehittämisehdotukset Ilveskodin kotiuttamisprosessin kehittämiseksi	36
10	POHDINTA.....	38
	LÄHTEET	40

Liite 1	Opinnäytetyösopimus
Liite 2	Toimintakykyä ylläpitävä hoitosuunnitelma
Liite 3	Kurva /Lääkelista
Liite 4	Hoitajan saate kotiutukseen
Liite 5	Hoitajan saate sairaalaan
Liite 6	Kotiuttajan muistilista
Liite 7	Saatekirje kotihoitoon
Liite 8	Kyselylomake kotihoitoon

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksessä Tie hyvään vanhuuteen nostetaan esille henkilön mahdollisuus omatoimiseen, itsenäiseen ja turvalliseen kotona asumiseen mahdollisimman pitkään. Selvityksen mukaan hoito- ja hoivaprosessit tulisi suunnitella ja toteuttaa työotteella, jonka keskeinen sisältö on asiakaslähtöisyys. Vastuu prosessien toimivuudesta ja asiakkaan kannalta saumattomasta siirtymisestä hoitolaitoksesta tai hoivapaikasta toiseen on palvelujen järjestäjällä. (Lehto 2007, 13-20.)

1990-luvun palvelurakennemuutoksen myötä kotona kotihoidon palveluiden turvin asuvien vanhusten määrä on lisääntynyt ja tulee edelleenkin lisääntymään (Ikonen & Julkunen 2007, 11 - 12). Myös Ilveskodin asiakkaat asuvat jatkossa pidempään kotona kotihoidon turvin. Sotiemme Veteraanien keski-ikä ollessa tällä hetkellä 88 vuotta, on suuri osa Ilveskodin asiakkaista jo kotihoidon piirissä olevia vanhuksia.

Työssäni Ilveskodissa olen kiinnittänyt huomiota siihen, että kotiuttamisprosessissa tiedon kulku ei kaikissa tapauksissa ole riittävää ja asiakkaan siirtyminen saumattomasti Ilveskodista kotiin ei toteudu. Tämä herätti kiinnostukseni aiheeseen ja aloin paneutumaan työssäni enemmän kotiutustilanteisiin.

Näistä lähtökohdista kypsä ajatus hakea opinnäytetyössäni vastausta kysymykseen, kuinka Ilveskodin asiakkaita vastaanottavat tahot kokevat kotiutusprosessimme onnistuneen. Tarkoituksena on tuloksien pohjalta tarkastella Ilveskodin työohjeita ja henkilökunnan sitoutumista niihin, sekä kehittää edelleen esimerkiksi hoitotyön jatkuvuutta parantavia asiakirjoja, kuten hoitajan saatetta sekä esitietolomaketta.

Samalla halusin myös selvittää, kuinka kotihoito kokee laitoskuntoutusjakson vaikuttavuuden asiakkaan arjen toimintakyvyssä laitoskuntoutusjakson jälkeen, sillä kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu aiemmin melko vähän ja eri näkökulmasta.

Työskentelymme painopisteenä laitoskuntoutusjaksoilla on nimenomaan asiakkaan toimintakyvyn parantuminen kotona selviytymisen tukemiseksi. Kotona pärjäämisen tukeminen ja omatoimisuuden lisääntyminen on lähes kaikkien asiakkaidemme kohdalla yksi tärkeimmistä tavoitteistamme kuntoutusjaksolle.

2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISIMMÄT KÄSITTEET

2.1 Vanhus

Eri tutkimuksissa käytetään käsitteitä iäkäs potilas ja vanhuspotilas vaihtelevasti. Koponen (2003, 11) käyttää väitöskirjassaan käsitettä iäkäs potilas 75-vuotiaasta ja sitä vanhemmasta henkilöstä. Vanhuuden määrittelemine ei ole yksiselitteistä, sillä ihminen on juuri niin vanha, kuin kokee olevansa. Useasti vanhuuden katsotaan alkavan silloin, kun iäkkään ihmisen elämä ja toimintakyky heikkenevät ikääntymiseen liittyvien muutosten seurauksena. (Helin 2003, 339.) Näitä ovat kognitiiviset toiminnot, tarkkaavaisuus, aisti- ja muistitoiminnot, reaktio- ja motoriikkakyky sekä alen tuva muistin kapasiteetti (Juntheikki, Laine & Mänkärä 2005, 48–49). Vanhenemisen näkyvimpiä merkkejä ovat ulkoiset muutokset, liikuntakyvyn heikkeneminen ja aistien hidastuminen ja huononeminen (Castren, Juvakka, Schone, Turunen & Valste 2005, 46–47). Tilastollisesti määriteltäessä vanhuus alkaa vanhuuseläkeiästä, jolloin vanhuksiksi määritellään yli 65-vuotiaat. On todettu, että vanhusasiakkaan avun ja palveluiden tarve kasvaa 75-80vuoden iässä. (Räihä 2000, 1.)

Tässä opinnäytetyössä vanhuksella tarkoitetaan 75 vuotta täyttänyttä ja sitä vanhempia henkilöitä. 75-vuoden ikärajaan päädyin, koska tutkimuksien mukaan vanhenemiseen ja sairauksiin liittyvä toimintakyvyn aleneminen ja hoivan tarve lisääntyvät tämän ikäisillä. Tällöin kotiuttamisen suunnitteluun ja toteutukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. (Linno-saari 2001, 5.) Vanhuksien hoidossa pyritään sairauksien hoitamisen ohella ylläpitämään tai jopa parantamaan vanhusasiakkaiden toimintakykyä. Vanhusasiakkaiden kuntoutumista edistävässä toiminnassa perustana nähdään asiakkaan jokapäiväinen elämä. (Kivelä 2006, 16–17.)

Ilveskodissa hoidetaan ja kuntoutetaan pääosin sotaveteraaneja ja sotainvalideja, joiden keski-ikä vuonna 2012 on 88 vuotta (Sotiemme Veteraanit 2012). Myös kaupungin ostamilla laituskuntoutuspaikoilla olevat asiakkaat ovat pääsääntöisesti ikääntyneitä. Nämä asiakkaat tuovat jonkin verran hajontaa Ilveskodin ikäjakaumaan, jolloin joitakin asiakkaita voi olla myös alle 75-vuotiaiden ryhmästä. Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana iästä riippumatta kuitenkin on se, että asiakkailla on kotiutuessaan kotona selviytymisen tukemiseksi käytössään jonkinlaiset kotihoidon palvelut.

2.2 Asiakas

Asiakkaalla tarkoitetaan yleensä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä ihmistä, joka käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Potilaaksi kutsutaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden käyttäjää. (Pajukoski 2004, 185.) Potilas kuvataan yksilönä, jolla on terveyteen liittyviä ongelmia (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 16). Asiakkaalla nähdään olevan voimavaroja käytettävissään (Taipale 1998, 18–20).

Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä asiakas tarkoittaessani yli 75-vuotiasta vanhusta, joka käyttää Ilveskodin kuntoutuspalveluita laituskun-

toutusjakson muodossa, vaikka monilla heistä onkin terveyteen liittyviä ongelmia. Laitoskuntoutusjakso kuitenkin pyrkii korostamaan asiakkaan omia voimavaroja.

2.3 Kotiuttaminen

Kotiutumista ei ole olemassa yhtenäistä, kattavaa määritelmää. Suomen kielen perussanakirjan mukaan kotiuttamisella tarkoitetaan kotiutumaan saattamista ja kotiutumisella kotiin palaamista (Suomen kielen perussanakirja 1990, 47). Aiheen suomenkielisissä tutkimuksissa käytetään kotiutuksesta vaihtelevasti muotoja kotiutuminen, kotiuttaminen ja kotiutus. Karppisen (1997, 5) mukaan hoitolaitoksesta kotiutuminen ja siihen liittyvät hoitotyön tapahtumat voidaan käsittää prosessiksi, jonka tavoitteena on helpottaa potilaiden siirtymistä laitoshoidosta kotiin. Kotiutus on siis hoitotyön toimintaa joka valmistaa asiakkaat siirtymään kotihoitoon.

Kotiuttamista on tutkittu paljon Suomessa ja ulkomailla. Suomenkielisissä tutkimuksissa (Pahikainen 2000, 4–20 ; Salomaa 2004, 11–47; Koponen 2003, 11–21; Määttä & Natunen 2010, 30–38.) kotiuttamisesta on käytetty käsitteitä kotiuttaminen, kotiutus, kun on tutkittu kotiuttamisprosessia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Käsitettä kotiutuminen on käytetty tutkimuksissa, (Autio 1996, 4–5; Karppinen 1997, 6–7; Linnosaari 2001, 5.) kun on tarkasteltu kotiutumista omaisten ja asiakkaan näkökulmasta.

Aution (1996, 4–5) mukaan kotiutusprosessiin kuuluvia hoitotoimintoja ovat hoitoajan pituudesta päättäminen, kotiin pääsystä tiedottaminen, kotihoito-ohjeiden antaminen, hoidon vaikutusten seuraaminen ja jatkohoitoon liittyvät järjestelyt.

Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä kotiutus, kotiuttaminen ja kotiutusprosessi synonyymeinä. Kotiutus nähdään useiden tutkimusten (Linnosaari 2001, 5; Salomaa 2004, 11–47; Pahikainen 2000, 4–20.) valossa prosessina, joka alkaa hoitajan vastaanottaessa potilaan ja päättyy, kun potilas siirtyy laitoksesta kotiin tai toiseen laitokseen.

2.4 Toimintakykyluokat ja toimintakykyä arvioivat mittarit

Ilveskodissa työskentelyä ja toimintaa ohjaavat Ilveskodin omat työohjeet, jotka pohjautuvat Valtiokonttorin (2010d) laatuvaatimukseen. Valtiokonttori määrittelee laitoshoidon ja osa-aikaisen laitoshoidon käsitteet jossa asiakkaat jaetaan kolmeen toimintakykyluokkaan tietyin perustein. Laitoshoidon asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan vähintään puolivuositain tai asiakkaan tilanteen muuttuessa merkittävästi RAVA-indeksin tarkistuksella. Laitoskuntoutusasiakkaille tehdään FIM-arviot sekä TOIMIVA-testaus sekä kartoitetaan asiakkaiden elämänlaatua 15D-kyselylomakkeella. (Tuominen & Uusikylä 2011a.)

Toimintakykyluokkaan 1 kuuluu täysin autettavan hoito. RAVA-järjestelmällä arvioituna indeksin arvot 3,50–4,02 tai MMSE-pisteet alle 12 tai asiakkaalla on erittäin suuri sairaanhoidollisen tai lääketieteellisen avun tarve. (Valtiokonttori 2010a.)

Toimintakykyluokkaan 1 kuuluvat asiakkaat tarvitsevat päivittäisissä toiminnoissaan usein kahden tai jopa kolmen hoitajan apua. Näiden asiakkaiden liikkuminen on täysin tai lähes autettavaa tai asiakkaalla voi olla vaikea-asteinen dementia tai vaikeita psyykkisiä ongelmia. Asiakkaat voivat olla myös jatkuvasti intensiivisen seurannan tai hoidon tarpeessa sairaanhoidollisen tai lääketieteellisen syyn vuoksi. (Valtiokonttori 2010a.)

Toimintakykyluokka 2 tarkoittaa tehostettua hoitoa, johon kuuluvien asiakkaiden RAVA-järjestelmän indeksi on 2,50–3,49 tai MMSE 12–23 pistettä tai huomattavasti lisääntynyt sairaanhoidollisen tai lääketieteellisen avun tarve. Toimintakykyluokka 2 kuuluvat asiakkaat tarvitsevat jokapäiväisissä toiminnoissaan runsaasti ohjausta ja tukea, mutta selviytyvät yleensä yhden hoitajan avustamana. He tarvitsevat liikkumisessaan avustajaa tai valvojaa. Toimintakykyluokka kahden asiakkaalla voi olla lievä tai keskivaikea dementia ja vaikeuksia sosiaalisissa toiminnoissaan. Asiakkaiden sairaanhoidollisen tai lääketieteellisen avun tarve on huomattavasti lisääntynyt ja heidän terveydentilan seurannassa tarvitaan runsaasti moniammatillista yhteistyötä. (Valtiokonttori 2010a.)

Toimintakykyluokka 3 kuuluvat asiakkaat, jotka ovat jokapäiväisissä toiminnoissaan itsenäisiä tai melko itsenäisiä ja tarvitsevat vain vähän tai jonkin verran ohjausta ja apua. Heidän RAVA-indeksinsä on alle 2,5. He kykenevät useinmiten liikkumaan itsenäisesti joko apuvälineen kanssa tai ilman. Tämän toimintakykyluokan asiakkailla on vain lievää muistamattomuutta ja säännöllinen unirytmä ja sairaanhoidollisen tai lääketieteellisen avun tarve on vähäistä. (Valtiokonttori 2010a.)

Valtiokonttori (2010b) määrittelee myös laitos- ja päivä kuntoutuksen käsitteet ja laitospäiväkuntoutusasiakkaiden toimintakykyluokkajaottelun.

Toimintakykyluokka 1 kuuluu kuntoutujat, joilla on sairauden tai vamman aiheuttama vaikea fyysinen tai psyykinen toimintakyvyn häiriö. Kuntoutuja on osittain tai täysin riippuvainen toisen henkilön avusta. Kuntoutujalle on tunnusomaista ainakin jokin seuraavista asioista:

- kuntoutuja ei kykene liikkumaan sisätiloissa ilman toisen henkilön apua
- kuntoutuja ei kykene käymään wc:ssä ilman toisen henkilön apua
- täysin syötettävä kuntoutuja
- täysin puettava kuntoutuja
- dementian vuoksi erityistä valvontaa tarvitseva kuntoutuja.

Toimintakykyluokka 2 kuuluvat kuntoutujat joilla sairauden tai vamman vuoksi on lievä tai korkeintaan keskivaikea häiriö. Kuntoutujat ovat pääosin omatoimisia, mutta tarvitsevat jonkin verran apua päivittäisissä toiminnoissaan. Muutoin omatoimiset asiakkaat kuuluvat tähän luokkaan jos he

tarvitsevat päivittäin apua hoitohenkilökunnalta sairautensa hoidon takia. Kuntoutujalle tunnusomaista on ainakin jokin seuraavista asioista.

- kuntoutuja ei kykene liikkumaan ulkona ilman toisen henkilön apua
- kuntoutuja kykenee syömään ruokailussa vain kun ruoka on asetettu esille
- kuntoutuja tarvitsee valvontaa pukeutumisessa, esim. vaatteiden valinnassa tai apua napituksessa
- kuntoutuja tarvitsee apua esim. peseytymisessä suihkussa
- kuntoutuja on valvottava lääkityksen annostelun ja lääkkeiden oton suhteen
- muisti- tai käytöshäiriöinen kuntoutuja. (Valtiokonttori 2010b.)

Toimintakykyluokka 3 kuuluvat kuntoutujat ovat ryhmä, jonka kuntoutustarpeen taustalla ovat normaalit ikääntymisen tuomat muutokset. Kuntoutujat ovat omatoimisia ja selviytyvät itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Mikäli heillä on sairauksia, ne ovat lääkityksen osalta tasapainossa. Toiminnanvajaukset ovat lieviä, tai niitä ei ole. Tunnusomaista on seuraavat asiat.

- kuntoutuja kykenee asumaan yksin
- kuntoutuja kykenee liikkumaan yksin joko ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa
- kuntoutuja ei tarvitse apua säännöllisesti ruokailussa, pukeutumisessa tai WC:ssä
- Sairaudet ovat lääkityksen ja hoidon osalta tasapainossa. (Valtiokonttori 2010b.)

2.4.1 RAVA

RAVA on Kuntaliiton omistama ja Finnish Consulting Groupin lisensoima ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin ja avuntarpeen arviointiin kehitetty mittari, joka soveltuu käytettäväksi yli 65-vuotiaille henkilöille. RAVA-mittarin kehittäjinä olivat Tapio Rajala ja Eero Vaissi. RAVA-toimintakykymittarin avulla arvioidaan asiakkaan avuntarvetta, eli RAVA-mittaa perus- ja välinetoimintoja, kuten pukeutumista, aistitoimintoja, liikkumista sekä psyykettä, muistia ja käytöstä. Arvioinnin tuloksena asiakkaalle saadaan RAVA-indeksi ja RAVA-luokka joita voidaan käyttää viitteellisinä arvioitaessa ikäihmisen toimintakykyä. (FCG koulutusmateriaali 2012.)

Taulukko 1 Arvioitu avun tarve RAVA luokittain (FCG koulutusmateriaali 2012.)

RAVA luokka	RAVA- indeksi	Avun tarve
RAVA luokka 1	1,29–1,49	Satunnainen
RAVA luokka 2	1,50–1,99	Tuettu hoito
RAVA luokka 3	2,00–2,49	Valvottu hoito
RAVA luokka 4	2,50–2,99	Valvottu hoito
RAVA luokka 5	3,00–3,49	Tehostettu hoito
RAVA luokka 6	3,50–4,03	Täysin autettava

2.4.2 Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State Examination on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu testi. Sen suorittaminen vie vain vähän aikaa. MMSE on helppo tehdä ja sen käyttö on vakiintunutta ja testi antaa helposti dokumentoitavan numeerisen arvon tulokseksi. Testi soveltuu parhaiten edenneen dementia-asteisen muistisairauden seurantaan, varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan testi ei sovellu. (Erkinjuntti, Rosenvall & Viramo n.d.)

Tehtävät heijastavat kielellisiä kykyjä, orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta, laskutaitoa ja hahmotuskykyä. Testin kokonaispistemäärä on 30 ja 24 pistettä tai sen alle on yleensä poikkeava tulos, mutta myös tulokset 25–30 välillä edellyttävät jatkoselvittelyjä mikäli tutkittavalla on selvä muistioire. (Erkinjuntti, Rosenvall & Viramo n.d.)

2.4.3 FIM

Functional Independence Measure (FIM) tarkoittaa mittaria, joka on kehitetty itsenäisen toimintakyvyn arviointiin. Mittari mittaa päivittäisiä toimintoja, pidätyskykyä, liikkumista, kommunikaatiota, sosiaalisia ja kognitiivisia taitoja. Asiakkaat arvioidaan kuntoutusjaksolle saapuessa ja sieltä lähtiessä. (Suomen Kuntaliitto 1996, 6.)

FIM-arviointimenetelmään on valittu keskeisimmät toimintakyvyn osa-alueet, joita ovat ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, pukeminen, riisuminen, wc-toimet, virtsarakon hallinta, peräsuolen hallinta, siirtyminen, liikkuminen, ymmärtäminen, ilmaisu, sosiaalinen kanssakäyminen, ongelman ratkaisu ja muisti. (Suomen Kuntaliitto 1996, 5)

Kukin arvioitava osa-alue luokitellaan seitsemään eri suoritusasteikkoon vaihdellen täysin itsenäisestä suoriutumisesta (7) täysin toisen ihmisen avusta riippuvaiseen käyttäytymiseen (1). Arviointia suoritettaessa keskitytään vain arvioitavaan tehtävään. Korkein kokonaistulos on 126 ja matalin 18. (Suomen Kuntaliitto 1996 7, 14)

2.4.4 TOIMIVA

TOIMIVA-testi on Valtiokonttorin toimintakykyryhmän suunnittelema mittausmenetelmä sotainvalidien ja rintamaveteraanien fyysisen toimintakyvyn testaamiseen.

TOIMIVA-testit rakentuvat kuudesta osiosta, joiden avulla mitataan iäkään henkilön edellytyksiä suorittaa päivittäisistä toiminnoista. Osiot ovat yhdellä jalalla seisominen, tuolilta ylönnousu, puristusvoima sekä 10metrin kävelynopeuden mittaus. Lisäksi kokonaisuuteen on sisällytetty VAS-kipujanana mittaus sekä PEF-mittaus, koska kipu ja keuhkojen toiminta

nähdään tärkeänä iäkkään toimintakykyyn vaikuttavana tekijänä. (Toimiva-testi 2005.)

2.4.5 15D

15D-mittari on Harri Sintosen suunnittelema mittari. Mittari on kehitetty Suomessa ja se on käännetty 15 eri kielelle. Mittarin avulla pystytään seuraamaan yksittäisen ihmisen elämänlaatua ja terveyttä. Mittarin ulottuvuudet ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta ja sukupuolielämä. 15D:tä on käytetty Suomessa mittaamaan erilaisten sairauksien vaikutusta terveyteen, mutta tietoa sen käyttökelpoisuudesta ikääntyneillä on vähäisesti. (Sintonen 2003, 6–7.)

3 ASIAKKAAN KOTIUTTAMINEN

3.1 Kotiutuksen suunnittelu ja toteutus

Yleisesti kotona annettaviin sosiaali- ja terveystalveluihin liittyviä haasteita 2000-luvulla ovat ikääntyvien määrän kasvu sekä entistä vaikeahoitoisemmat kotona asuvat asiakkaat. Edellämainittujen haasteiden vuoksi entistä enemmän asiakkaan kotiutumisprosessiin vaikuttaa hoitajan hoitotyön osaaminen. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 14.) Saumaton hoitoketju eri hoitolaitosten ja kodin välillä siirtyessä edellyttää saumatonta ja ajantasaista tiedonkulkua ja yhteisiä arviointimenetelmiä. Haastavaksi yhteistyö muodostuu silloin, kun hoitoketju muodostuu eri organisaatioiden ja yksiköiden toiminnasta. Tulevaisuudessa tietotekniikan hyödyntäminen tuo enemmän uusia mahdollisuuksia tiedonvälittämiseen. (Paasivaara, Nikkinen & Voutilainen 2002, 119; Hägg ym. 2007, 48.)

Luhtasaaren ja Jämsenin (2010, 456) artikkelissa määritellään ikäihmisen kotiuttamisen tavoitteeksi luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle sekä mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman ja turvallisesti.

Luhtasaaren ja Jämsenin mukaan (2010,456) kotiutusprosessin tulisi alkaa suunnitteluvaiheella, joka perustuu hoitajan ja potilaan yhteistyöhön. Kotiuttamisen valmistelussa tärkeää olisi, että kotiuttamisen valmistelemine aloitetaan jo potilaan tullessa osastolle ja kotiutumispäivämäärä pyritään sopimaan mahdollisimman pian, ellei se jo ole tiedossa. On todettu, että kotiutumisen varhainen suunnittelu lyhentää asiakkaan hoidossaoloaikaa. Kotiuttamisen varhainen suunnittelu auttaa etenkin iäkkäitä asiakkaita valmistautumaan kotiutukseen ja poistaa epävarmuutta. (Pahikainen 2000, 4.) Kotiuttamisprosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi.

Kotiutusprosessin onnistumiseen tulee erityisesti kiinnittää huomiota silloin, kun asiakas on uusi ja kun asiakkaan terveydentila tai sosiaalinen tilanne ovat laitoshoidon aikana oleellisesti huonontuneet. Erityistä huomiota pitää kiinnittää myös silloin, jos kuntoutuminen on edelleen kesken tai laitoshoido on jatkunut jo pitkään. (Luhtasaari & Jämsen 2010, 456.)

Onnistuneen kotiutuksen edellytys on jatkuva, suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Huomiota tulee kiinnittää myös asiakkaan itsemääräämisoikeuteen. Tarvittaessa ennen asiakkaan kotiuttamista on syytä järjestää hoitoneuvottelu, jossa laaditaan kotiutussuunnitelma. Hoitoneuvotteluun osallistuu tarpeen mukaan potilas, omahoitaja, kotisairaanhoidaja, lääkäri, omaiset, yhdyshenkilö, kotipalvelu, fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa muiden yhteistyötahojen edustajat. (Luhtasaari & Jämsen 2010, 456.) Ennen kotiutumista asiakkaalle järjestetään kotiapu, apuvälineet ja tarpeelliset kodinmuutostyöt, joiden avulla on helpompi selviytyä (Karppinen 1997, 6).

On todettu, että mitä enemmän asiakas ja omaiset osallistuvat kotiutukseen ja sen suunnitteluun, sitä valmiimmaksi asiakas tuntee itsensä kotiutues-

saan. (Pöyry 1999, 8–9). Karppisen (1997, 40) tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että 30% omaisista koki, että heidät otettiin liian vähän, tai ei ollenkaan huomioon vanhusten kotiutumista suunniteltaessa.

Kotiuttaessa asiakkaan omahoitaja vastaa ja huolehtii hänen kotiuttamisestaan. Kotiuttamisesta vastaavan hoitajan tulee tarkistaa, että epikriisi, hoitotyön yhteenveto / hoitajan saate, reseptit ja ensimmäisten vuorokausien lääkitys, päivitetty lääkelista ja tieto mahdollisista jatkokontroleista ovat valmiit. Lisäksi on myös tärkeää että tuoreimmat laboratoriovastaukset tulevat tiedoksi. (Luhtasaari & Jämsen 2010, 457.)

Kotiutusajankohtaa suunniteltaessa olisi hyvä ottaa huomioon avohoidon mahdollisuus varautua asiakkaan kotiutumiseen. Airaksisen ym. (2001, 33) mukaan paras kotiuttamisajankohta olisi maanantaista torstaihin. Asiakkaan siirtyessä esimerkiksi kotihoidon piiriin, tulee hoitajan laatia kattava selvitys, jossa tulee ilmi asiakkaan fyysiset, sosiaaliset, emotionaaliset ja toiminnalliset tarpeet (Rönkkö & Väisänen 1998, 98–99).

Kotiutusprosessissa myös kotona vastaanottavan tahon osuus kotiutumisen onnistumisessa on suuri. Asiakkaan kotiutuessa pitää kiinnittää huomiota monenlaisiin asioihin, kuten siihen, onko asiakkaan henkilökohtainen omaisuus mukana, mahdollisista uusista lääkemääräyksistä reseptit kirjoitettu, onko uutta lääkettä jaettu mukaan tai dosettiin. On myös selvitettävää asiakkaalle annetut hoito-ohjeet, ohjeet jatkotoimenpiteistä ja onko mukana hoitajan saate sekä taksitodistus matkakorvausta varten. Tarvittaessa hoitajan tulee keskustella hoito-ohjeista lähettävän hoitolaitoksen henkilökunnan kanssa, etenkin jos jatkohoito-ohjeissa on ollut epäselvyyksiä. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 94.)

Kotiutus tulisi toteuttaa yhdessä tehdyn suunnitelman pohjalta. Kotiutumista varten asiakasta valmistellaan antamalla hänelle tietoa, jotta hän tulisi toimeen kotona laitoshoidon jälkeen.

Kotiutusprosessia suunniteltaessa harvoin tullaan ajatelleeksi sitä, että vaikka kotiutuminen on yleensä myönteinen asia, voi se myös olla vanhukselle pelottavaa ja vaikeaa ympäristön muutoksen vuoksi. Näin voi olla etenkin jos kotiutus on valmisteleminen ja äkillinen. Karppisen, (1997, 5) ja Männistön (1998, 5) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaille oli kerrottu kotiutumisesta yleensä paria päivää ennen suunniteltua kotiutusajankohdtaa. Osalle tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kotiutuksesta oli kerrottu vasta samana päivänä tai ei ollenkaan, jolloin tieto kotiutumisesta oli tullut yllättäen.

Usein vanhukset ovat kotona yksinäisiä. Ikä ei tutkimusten mukaan itsessään lisää yksinäisyyttä, mutta yksinäisyys voi olla seurausta iän tuomista muutoksista, jotka vaikuttavat toimintakykyyn sekä sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin. (Pitkälä & Routasalo 2005, 23.) Yksinäisyyden on todettu tuovan esiin kielteisiä tunteita, joita ovat mm. masentuneisuus, ikävystyminen, ahdistuneisuus, avuttomuus, turvattomuus, jotka joillakin vanhukilla aiheuttavat terveyspalveluiden runsasta käyttöä. Vaaraman (2004, 140–147, 166–167) tutkimuksen mukaan koettu yksinäisyys vähentää hy-

vän toimintakyvyn todennäköisyyttä sekä lisää kuusinkertaisesti laitoshoi-
toon siirtymisen riskiä viiden vuoden tähtämellä. Näiden tutkimustulosten
valossa voidaan päätellä, että myös kotiutumistilanteissa yksinäisyyden
kokemuksella on merkitystä kotona selviytymisessä kotiutumisen jälkeen.

3.1.1 Kotiutukseen osallistuvien tehtävänkuva Ilveskodissa

Ilveskodissa kotiuttamiseen ja kotiuttamisen suunnitteluun osallistuu asi-
akkaan omahoitaja, joka haastattelee asiakkaan tämän tullessa kuntoutus-
jaksolle Ilveskotiin. Tulovaiheessa asiakkaalle tehdään toimintakykyä yl-
läpitävä hoitosuunnitelma, jossa on tarkoitus jo valmistella kotiutusta siltä
osin, millä asiakas siirtyy jakson jälkeen takaisin kotiin. (Liite 2)

Toimintakykyluokka 1 tai 2 sotaveteraaniasiakkailla omahoitaja voi olla
lähihoitaja tai perushoitaja, jolla on vähintään vuoden työkokemus. Oma-
hoitaja voi olla myös sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Toimintakyky-
luokan 3 asiakkailla omahoitaja voi olla myös fysioterapeutti, kuntohoitaja
tai muu erityistyöntekijä. Intervalli-jaksolla olevien sotainvalidiasiakkai-
den omahoitaja on valtiokonttorin säädöksen mukaan aina sairaanhoitaja
tai terveydenhoitaja. (Valtiokonttori 2010d.)

Valtiokonttorin laatuvaatimusten (2010d) ja Ilveskodin työohjeiden
(2011a, 13) mukaan tarvittaessa ja aina kun asiakkaan toimintakykyluokka
on 1 ottaa yhteyttä asiakasta hoitavaan muuhun tahoon hoitajan saatteella
kotiutukseen (liite 3, 4) ja puhelimitse. Yhteydenotosta sovitaan työohjeen
mukaan moniammatillisessa kuntoutuskokouksessa ja siihen kysytään
kuntoutujan, omaishoitajan tai edunvalvojan lupa. Työohjeen mukaan ko-
tiutuessa tulee aina antaa potilaan mukaan myös päivitetty lääkelista/ kur-
va (liite 5), reseptit sekä tarvittaessa täytetään lääkedosetti.

Ilveskodissa on käytössä erillinen hoitajan saate kotiutustilanteisiin (Liite
3), joissa asiakas siirtyy sovitusti kotiin laituskuntoutusjakson lopussa ja
toinen hoitajan saate, joka on tarkoitettu tilanteisiin, joissa asiakas lähete-
tään jatkohoitoon esim. päivystyksellisesti asiakkaan voinnin äkillisesti
heikentyessä. (Liite 4)

Kotiuttamistilanteen avuksi Ilveskodissa on käytettävissä kotiuttamistilan-
teen muistilista (Liite 5), jonka tavoitteena on varmistaa, että asiakkaan
kotiutusprosessissa tulee huomioiduksi kaikki tärkeät osa-alueet. Kotiutus-
tilanteen muistilistan tavoitteena on varmistaa tiedonkulun jatkuvuus myös
työryhmän kesken, mikäli kotiutustilanteen hoitamista jatkaa joku muu
hoitohenkilökuntaan kuuluva, kuin asiakkaan omahoitaja. (Tuominen &
Uusikylä, 2011a.)

3.1.2 Kotiutusasioista vastaavien hoitajien tehtävänkuva Ilveskodissa

Ilveskodissa on kolme kotiuttamiseen perehtynyttä ja kotiuttamisesta vas-
taavaa työntekijää. Näiltä työntekijöiltä asiakkaan omahoitaja saa tukea

kotiuttamisen suunnitteluun ja kotiuttamisesta vastaavat hoitajat myös osallistuvat usein kotiuttamisprosesseihin. Erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan kotiuttaminen on vaativampaa, kotiutushoitajilla on suuri vastuu asiakkaan kotiuttamisen suunnittelussa ja jatkohoidon järjestämisessä. Näitä ovat esimerkiksi tilanteet, joissa asiakalle aloitetaan kotihoito tai asiakas siirtyykin Ilveskodista kodin sijaan tuetumman palveluasumisen piiriin.

Kotiutushoitajat osallistuvat aktiivisesti kotiutusprosessin kehittämiseen, esim. muokkaamalla kotiutukseen liittyviä asiakirjoja työryhmän ja yhteistyötahojen palautteen mukaan entistä kattavammaksi ja informatiivisemmaksi. Kotiuttamisen tueksi on myös koottu kotiuttamiskansio, josta löytyy kaikille kotiuttamiseen osallistuville henkilöille ohjeita, yhteystietoja sekä tarvittavia lomakkeita.

3.2 Kotiuttamistilanteen ongelmat

Tenkasen (2003, 41) tutkimuksen mukaan vanhuksen kotiuttamiseen liittyvä problematiikka nousi esiin suunnitelmallisuuden ja tiedonkulun osalta ja kotiuttamisprosessiin liittyi puutteellista tiedonkulkua sairaalan / hoitolaitoksen, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken.

Penttinen & Väisänen (2003, 39) ovat tutkimuksessaan havainneet, että kotiutumisen hyvää toteutumista haittaavat organisaatioon, henkilökuntaan ja asiakkaisiin tai omaisiin liittyvät tekijät. Eniten tutkimuksessa todettiin hyvää kotiuttamista haittaavan kiireen ja henkilökunnan vähyden. Ongelmiksi mainittiin myös liian nopea päästös kotiutumisesta, ongelmat tiedonkulussa sekä yhteistyössä sekä osastolla, että avohuollon kanssa. Tiedonkulun puutteita ja yhteistyön ongelmia havaittiin myös Perälän ym. (2006, 13) tutkimuksessa. Koposen (2003, 26) tutkimuksessa esiin nousi yhteistyöongelmat ja tiedonkulun puutteet omaisten ja sairaalan välillä.

Muiksi ongelmiksi mainittiin huonokuntoiset asiakkaat, jotka tarvitsevat paljon apua, mutta ovat haluttomia kotiapujen suhteen sekä omaisten vähäinen osallistuminen (Penttinen & Väisänen 2003, 39).

On kuvattu myös, että kotiutumisen jälkeen 3–4viikkoa ovat riskialtteinta aikaa, jolloin kotiin tulisi järjestää tehostetusti apua (Hägg ym. 2007, 16).

Kotiuttamisen ongelmaksi mainittiin myös se, ettei aina tiedetä, minkä kotihoitoalueen asiakas kotiutuva asiakas on (Penttinen & Väisänen 2003, 39). Ongelmana nähtiin myös, etteivät työntekijät välttämättä koe tärkeimpänä tehtävänä kotiutuvan potilaan ohjaamista, neuvontaa ja tukemista (Atwal 2002, 450–458).

3.3 Onnistuneen kotiutuksen edellytykset

Onnistuneen kotiutuksen edellytykset ovat Malmbergin (2010, 19–21) mukaan jaettu asiakkaaseen liittyviin tekijöihin, hoitohenkilökuntaan liittyviin tekijöihin sekä organisaatioon liittyviin tekijöihin.

Asiakkaalta kotiutuminen edellyttää fyysisiä, emotionaalisia ja kognitiivisia valmiuksia. Asiakkaat tarvitsevat tietoa sairaudestaan, sen hoidosta ja jatkohoidosta. Asiakkaalla tulee olla myös riittävän hyvät toiminnalliset valmiudet selviytyä kotona. (Pahikainen 2000, 20.) Pahikaisen tutkimuksen mukaan (2000, 30–47) tärkeimpänä pidettiin sitä, että asiakkaat tietävät kotiutuessaan, kuinka toimia mikäli kotona ilmenee ongelmia.

Kotiloman avulla asiakas voi kokeilla kotona olemista ennen varsinaista kotiutumistaan. Kotiloman tavoitteena on arvioida asiakkaan selviytymistä ja palveluiden tarvetta kotona. Kotiloman jälkeen asiakkaan on tarkoitus palata yleensä hoitolaitokseen, jossa päätetään lopullisen kotiutuksen ajankohta, jatkohoito ja palvelut. (Perälä & Hammar 2003, 28.)

Markkasen (2004, 35–38) tutkimuksen mukaan riittävän kotihoidon saaminen kotiin ja siitä seurannut kokemus hyvästä ja turvallisesta olosta oli yksi tärkeimmistä asioista, joiden avulla asiakkaat selvisivät kotiutuksen jälkeen pidempään kotona.

Hoitohenkilökuntaan liittyvinä tekijöinä esiin nousi merkittävänä seikkana moniammatillinen kokous, jossa osallistuvien ammattiryhmien kokoonpano vaihtelee asiakkaiden tarpeiden mukaan (Perälä & Hammar 2003, 27–28). Hoitajalta kotiutuksen hyvä suunnittelu edellyttää myös tietoa asiakkaan sairauksista sekä kotiolosuhteista. Tässä asiakkaan ja omaisten mukaan ottaminen kotiuttamisen suunnitteluun ja päätöksentekoon on osa hoitotyötä. Hoidon jatkumiseksi tulee järjestää tarvittavat kotihoidon palvelut. (Pahikainen 2000, 20.)

Kotiutustilanteissa oletetaan myös, että asiakas saa hoitohenkilökunnalta tarvittavat tiedot, jotta hän pystyy huolehtimaan itsestään hoidon jälkeen kotona. Myös ohjaus on tärkeä osa sairauden hoitoa ja riittävän, yksilöllisen ohjauksen ja opetuksen avulla asiakasta valmistellaan kotiutumista varten. (Johansson ym. 2002, 634–639; Pahikainen 2000, 20.) Hoitohenkilökunnan mukaan onnistuneen kotiutumisen perusedellytys on tiedonkulku (Koponen 2003, 21).

Organisaatioon liittyvissä tekijöissä esiin nousivat riittävät resurssit kotiutustoimintaan. Hoitolaitoksen ja avohoidon välinen yhteistyö sekä tiedon siirto takaavat hoidon jatkuvuuden. (Pahikainen 2000, 20.)

3.3.1 Hoitajan saate

Hoitajan saatteella tarkoitan tässä opinnäytetyössä hoitajan lähetettä tai hoitotyön yhteenvetoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa (1997, 40) määritellään ”lähete” seuraavasti:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajan esittämä asiakasta koskeva yksilöity palvelupyyntö toiselle palvelun tuottajalle. Lähete esitetään joko suullisesti, kirjallisesti tai sähköisessä muodossa ja se perustuu aina asiantuntijan tekemään tutkimukseen tai selvitykseen asiakkaasta. Sähköisessä muodossa olevan lähetteen rakenne on aina määrämuotoinen. Suullisesti annettu lähete tulee aina kirjata. Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon läheteistä: lähete ostopalveluihin, lähete konsultaatioon, lähete tutkimus- ja hoitoyksikköön.”

Hoitotyön lähete tai hoitajan saatekirje rinnastetaan usein hoitotyön loppuarviointiin tai hoitotyön yhteenvetoon. Nämä ovat lyhyitä ja ytimekkäitä tapoja välittää asiakkaasta hänen toimintakykynsä ja vointiinsa liittyvää tietoa hoitajakson päättyessä. Hoitajakso voi päättyä asiakkaan siirtyessä hoitolaitoksen sisällä, asiakkaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen hoitolaitokseen, asiakkaan kotiutuessa tai siirtyessä kotihoitoon. Arvioon kirjataan taustatietojen lisäksi hoitajakson olennaiset tapahtumat, joilla on merkitystä jatkohoidon kannalta. (Eriksson ym. 1996. 25; Koivukoski & Riukka 1999. 30–32.)

3.3.2 Lääkelista

Kotiutustilanteissa potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää myös se, että tiedot voimassaolevasta lääkityksestä tai lääkityksen muutoksista siirtyvät jatkohoitopaikkaan tai tiedoksi kotihoidolle.

Useissa kunnissa on käytössä sama potilastietojärjestelmä ja esimerkiksi sairaanhoitopiirit saavat näkyville aluehauulla alueensa terveystieteiden järjestelmän potilastiedot, mikäli potilas ei tätä ole erikseen kieltänyt.

Edelleen on tilanteita joissa eri tietojärjestelmää käyttävät hoitolaitokset siirtävät tiedon suullisesti tai paperille tulostetun lääkelistan muodossa. Näissä tilanteissa on erityisen tärkeää, että lääkelista on helposti luettava, selkeä sekä ehdottomasti ajantasainen.

4 LAITOSKUNTOUTUS ILVESKODISSA

Ilveskoti on Kanta-Hämeen Sairaskotisäätiön omistama Hämeenlinnassa toimiva gerontologinen kuntoutuslaitos. Ilveskoti on perustettu 1991 ja on siitä lähtien tuottanut rintamaveteraaneille heidän laissa säädettyä kuntoutusta, joka voidaan tuottaa avokuntoutuksena tai laitostuntoutuksena. (Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 23.12.1988/1184.)

Ilveskoti tuottaa kuntoutuspalveluita myös sotainvalideille. Ilveskodissa on 43 kuntoutuspaikkaa joista 17 on pitkäaikaisen laitoshoidon paikkaa, jotka on suunnattu sotilasvammalain mukaan säädetysti sotainvalideille. (Sotilasvammalaki 28.5.1948/404.)

Ilveskoti kuntouttaa myös ortopedisiä leikkauspotilaita / muunlaista kuntoutusta vaativia potilaitasopimuksella Hämeenlinnan kaupungin terveyspalveluiden liikelaitoksen kanssa. Ilveskoti on tuottanut Hämeenlinnan kaupungille myös kotihoitoa tukevia laitostuntoutusjaksoja, joiden tavoitteena oli parantaa ja tukea ikääntyneiden asiakkaiden selviytymistä kotona kotihoidon avun piirissä. Tällä hetkellä Ilveskodin 43 asiakaspaikasta kaupungin kuntoutuspaikoiksi on varattu 4. Ilveskoti tarjoaa kuntoutusjaksoja myös asiakkaille, jotka asuvat kotona omaishoitajan turvin. Nämä omaishoitajien vapaisiin perustuvat jaksot ovat kaupungin sosiaalitoimen ja kuntoutujien yhteistyötä, jolloin kaupunki maksaa laitoshoidon osuuden ja kuntoutuja itse saamistaan kuntoutuspalveluista.

Laitostuntoutus Ilveskodissa voi kestää 7-28 vrk tai pidempään, riippuen siitä, onko kyseessä veteraanikuntoutus, sotainvalidien lakisääteiset laitostuntoutukset, Intervalli-jakso vai onko asiakas Hämeenlinnan kaupungin kuntoutuspaikalla tai itsemaksaen. Hämeenlinnan kaupungin paikalla olevien asiakkaiden kanssa kuntoutumisen edistymistä / mahdollista kotikuntoutuusta arvioidaan tiheästi moniammatillisen työryhmän ja potilaan kanssa yhteisesti järjestetyin palaverein. Näissä tapauksissa jakson pituudeksi sovitaan alustavasti kaksi viikkoa ja ensimmäinen kotiutumisen ajankohtaa moniammatillisesti arvoiva hoitoneuvottelu pidetään viikon kuluttua asiakkaan saapumisesta Ilveskotiin. Näissä ns. bedside-palavereissa arvioidaan ja suunnitellaan moniammatillisesti asiakkaan hoitoa ja mahdollista kotiutumisaikataulua sekä mahdollisesti tarvittavia koti-hoidon palveluita. (Tuominen & Uusikylä 2011a.)

4.1 Hoitotyön periaatteet Ilveskodissa

Ilveskodin hoitofilosofia perustuu arvoihin ja periaatteisiin, joiden tavoitteena on asiakkaan hyvä, laadukas ja kokonaisvaltainen hoito. Arvot perustuvat tietoon ja taitoon laadukkaasta hoitotyöstä sekä näkemykseen ihmisestä, hänen terveydestään ja toimintakyvystään. Hoitotyön keskeisimmät arvot ja periaatteet ovat ammatillisuus, tavoitteellisuus, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö, kodinomaisuus ja turvallisuus. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Ammatillisuus Ilveskodissa tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoidosta Ilveskodissa vastaa ammattitaitoinen, osaava ja motivoitunut henkilökunta. Ammattiataidon kehittyminen ja ylläpitäminen varmistetaan lisä- ja täydennyskoulutuksen avulla. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Ilveskodin periaatteet hyvän ja laadukkaan hoidon saavuttamiseksi on määritelty ja kirjattu toimintakäsikirjaan. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan asiakaskyselyin ja nimetyillä prosessimittareilla. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Yksilöllisyys perustuu ihmisarvon ja - oikeuksien kunnioittamiseen riippumatta asiakkaan iästä, uskonnosta, yhteiskunnallisesta asemasta, terveydentilasta tai tottumuksista. Jokainen asiakas on oma ainutkertainen ihminen, jonka hoitaja kohtaa vastavuoroisessa ja tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Kokonaisvaltaisuus huomioidaan asiakkaan hoidossa huomioimalla sekä fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tarpeet. Ilveskodissa kokonaisvaltaisuus huomioidaan esim. asiakkaan vuorokausirytmissä, ruokailuissa, henkilökohtaisessa hygieniassa, päivittäisissä toiminnoissa, virikkeissä sekä yhteydenpidossa omaisiin. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Toimintakykyä ylläpitävää hoitotyötä tuetaan korostamalla asiakkaan osallistumista omien kykyjensä ja voimavarojensa mukaan hoitoonsa. Ilveskodissa toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön lähtökohtana on motivoida ja rohkaista asiakasta käyttämään olemassaolevia voimavarojaan. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Kodinomaisuutta tuetaan Ilveskodissa luomalla puitteet viihtyisäksi ja ilmapiiri virikkeelliseksi. Asiakkaat saavat kalustaa huoneitaan ja päivittäisessä toiminnassa huomioidaan ilot ja surut mm. juhlia ja muistohetkiä viettäen. Kodinomaisuutta on myös huomioiva, kunnioittava ystävällinen ja läsnäoleva vuorovaikutussuhde asiakkaan ja hoitajan välillä. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

Turvallisuuden tunnetta luo rauhallinen ja turvallinen ilmapiiri sekä ammattitaitoinen henkilökunta. Tilojen suunnittelussa on huomioitu sen käyttäjät. Tilat ovat selkeitä, avaria ja valoisia ja Ilveskotiin on asennettu kulunvalvonta ja turvahälytínjärjestelmä. Yleisissä tiloissa on kameravalvonta ja ulkoista piiriä valvoo vartiointiliike. (Tuominen & Uusikylä 2011b.)

4.2 Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutus

Vuosina 1939–1945 käydyissä sodissa kuoli, kaatui, katosi tai menehtyi vammoihinsa 92 000 suomalaista. Noin kahdestasadasta tuhannesta sotapalveluksessa sairastuneesta tai vammautuneesta 94 000 jäi pysyvästi invalideiksi. (Huittinen 2003, 9.)

Monien sotavammassairaaloiden alasajon jälkeen Suomeen rakennettiin sotainvalideille tarkoitettujen sairas- ja veljeskotien verkosto, joista ensimmäi-

nen perustettiin Joensuuhun 1978 ja viimeisin Helsingin Oulunkylään ja Somerolle vuonna 1992. Nämä laitokset toimivat yleensä säätiöpohjaisena, joiden säätäjiä ovat Veljesliittojen jäsenyhdistykset, piirit ja paikallisosastot. Sairas- ja veljeskodit on tarkoitettu sotainvalidien kuntoutusta ja laitoshoidon varten. Viime vuosien aikana toiminta on enenevässä määrin laajentunut myös rintamaveteraanien kuntoutukseen. (Huittinen 2003, 14–15.)

Sairas- ja veljeskodit ovat määrätietoisella kouluttautumisella ja kehitystyöllä kehittäneet laadukkaasti vanhusten tutkimisen ja kuntoutuksen mallin (Huittinen 2003, 15). Kuntoutusta ei ole helppo määrittellä lyhyesti. Kuntoutus voidaan määrittellä tarkoittamaan esimerkiksi kaikkien moniammatillisten ja monitieteellisten toimenpiteiden harkittua käyttöä, joilla ehkäistään tai lievennetään toiminnanvajausta aiheuttamaa yksilöllistä haittaa. (Huittinen 2003, 15.)

Sotilasvammalain korvaamat etuudet on kytketty haitta-asteeseen eli vammaprosenttiin. Ne kohdistettiin aluksi vaikeavammaisille. Nykyään lakimuutosten jälkeen kaikki 10–20%:n sotainvalidit ovat oikeutettuja kahden viikon vuosittaiseen laituskuntoutusjaksoon. Yli 30 prosentin sotainvalidit ovat oikeutettuja vuosittain neljän viikon laituskuntoutukseen. (Huittinen 2003, 17). Laituskuntoutuksen sijaan kuntoutus voidaan järjestää päivä kuntoutuksena tai avokuntoutuksena.

Sotainvalidi voi halutessaan jakaa enintään puolet omasta kuntoutusjaksostaan puolisonsa kanssa (Huittinen 2003, 17).

Rintamaveteraanien kuntoutus on aloitettu vuonna 1978. Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta tuli voimaan vuonna 1983 ja lakia täsmennettiin 1988. Nämä lait eivät anna sotaveteraaneille subjektiivista oikeutta saada kuntoutusta, vaan aikavälit kuntoutukseen pääsyyn vaihtelee eri puolilla maata eikä tarkoitukseen varattu määräraha riitä veteraanien todettuun tarpeeseen. (Huittinen 2003, 17.)

4.3 Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutuksen sisältö

Lainsäädäntö määrittelee laituskuntoutuksen tarkoittavan sotainvalideille tai rintamaveteraaneille, heidän puolisoilleen tai sotainvalidien leskille tai soteleskille korvattua 1–4 viikon laituskuntoutusjaksoa Valtiokonttorin hyväksymässä kuntoutuslaitoksessa. Valtiokonttori on asettanut kuntoutusjakson sisältöön laatuvaatimukset. Jaksoon kuuluu lääkärin alku- ja lopputarkastus ja niiden väliin sijoittuva fysioterapeuttis-liikuntapainotteinen ohjelma johon kytketään aktiivinen virkistyskuntoutus, ravitsemusohjaus ja muu neuvonta sekä asiakkaan tarpeista lähtevä yksilöllinen perushoito. Kuntoutujalla on kuntoutusjakson aikana omahoitaja ja hän on moniammatillisen työryhmän arvioitavana. (Huittinen 2003, 18.)

Päiväkuntoutuksen sisältö on pääosin sama, kuin laituskuntoutuksen, mutta asiakkaat viettävät yöt omassa kodissaan ja käyvät kuntoutuksessa päiväselvään (Huittinen, 2003, 18-19). Avokuntoutus tarkoittaa lähinnä fysio-

rapeuttisten tai vastaavien palveluiden korvaamista yksityisissä laitoksissa (Huittinen 2003, 19).

4.4 Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi

Toimintakyvyn ja kuntoutuksen käsitteet ovat viime vuosina laajentuneet ja muuttuneet. Ikääntyneiden kuntoutus on paitsi sairauksien aiheuttamien toiminnanvajausten korjaavaa fyysistä kuntoutusta myös ennalta ehkäisevää toimintaa sekä ikääntyneen psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia voimavaroja tukevaa hoitoa sekä vaikuttamista ympäristöön ja yhteiskuntaan. (Eloniemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Pitkälä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Strandberg & Tilvis 2007, 3851.)

Viime vuosilta on lupaavaa näyttöä siitä, että kuntoutuksen ulottaminen psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten toimintojen alueelle kannattaa. Tutkimuksissa on osoitettu että ikääntyneiden kuntoutuksen ongelmissa vähäinen asiakaslähtöisyys on usein syynä kuntoutuksen heikkoon vaikuttavuuteen ja kuntoutujan sitoutumisen heikkouteen. Ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitävä kuntoutustoiminta uhkaa loppua Suomesta, ellei sotaveteraani ja sotainvalidikuntoutuksen tilalle luoda uutta geriatrisen kuntoutuksen järjestelmää. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 3851.)

Yli puolella kaikista 85 vuotta täyttäneistä toiminnanvajeet kehittyvät hitaasti joko liikkumattomuuden tai vähentyneen energiansaannin takia. Liikunnallisesta kuntoutuksesta, erityisesti voimaharjoittelusta on tehty kymmenittäin tutkimuksia. Tutkimuksissa on osoitettu, että iäkkäiden kuntoutujien toiminnanrajoitukset vähenevät eli lihasvoima kasvaa ja kävelynopeus paranee. Kuntoutuksen vaikuttavuutta päivittäiseen toimintakykyyn ei ole pystytty osoittamaan kuin harvoissa tutkimuksissa. (Eloniemi-Sulkava ym. 3852.)

Saarelan ja Valvanteen (1999, 1613) artikkelissa geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta ilmenee, että geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen on käytetty Barthel-indeksiä sekä laajempaa arviointiasiteikkona FIM-indeksiä. Geriatrisen kuntoutuksen tuloksellisuutta koskeissa tutkimuksissa arvioidaan vaikutusta hoitajakson pituuteen, toimintakykyyn, laitoshoidon tarpeeseen ja kuolleisuuteen. Muutamissa tutkimuksissa on selvitetty myös kustannuksia. Keskeisempinä tuloksina voidaan todeta, että akuutisti sairastuneiden vanhuksien osalta kuntoutuksella ei ollut vaikutusta sairaalahoidon kestoon, mutta vaikutukset toimintakykyyn oli kiistattomat. Erot vertailuryhmään olivat selkeimmät muutamien viikkojen aikana kotiutumisen jälkeen. Sen jälkeen erot pienenevät tai häviävät kokonaan. (Saarela & Valvanne 1999, 1617.)

Geriatrisessa kuntoutuksessa pyritään moniammatillisen työryhmän ja laajan kartoituksen avulla parantamaan vanhuspotilaan toimintakykyä. Ennen kuntoutuksen aloittamista tulee tehdä riittävät diagnostiset tutkimukset, joiden haasteena ovat useat samanaikaiset sairaudet. Hyvää kuntoutustulosta tukee mm. huolellisesti suunniteltu kotiutus. Kuntoutuksen tuloksellisuudesta on saatu näyttöä akuutisti sairaiden, aivohalvaukseen sairastu-

neiden sekä lonkkamurtuman saaneiden asiakkaiden toimintakyvyn kohe-
nemisena tai laitoshoitoon joutuvien määrää arvioitaessa. Myös kustannus-
ten vähenemisestä on saatu näyttöä. (Saarela & Valvanne 1999, 1617.)

Rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutuksen vaikuttavuutta on han-
kala määrittää. Kuntoutujien oireiden, kivun, yksinäisyyteen, vertaistukeen
ja mielialaan liittyvät hoitotulokset eivät ole helposti selvitettävissä. (Huit-
tinen 2003, 19.)

Roilas (2004, 98) tutki väitöskirjassaan geriatrisen päiväkuntoutuksen vai-
kuttavuutta. Tutkimuksen hypoteesina oli, että ikääntyneiden ihmisten
toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan parantaa päiväkuntoutuksella.
Tutkimuksen mittarit kuvasivat asiakkaiden elämänlaatua, mielialaa ja
toimintakykyä.

Tutkimuksen johtopäätöksissä Roilas (2004, 106) mainitsee, että kirjalli-
suuden perusteella yleinen geriatrinen kuntoutus ehkäisee kaatumistapa-
turmia ja elämänlaatu ja koettu terveys parantuvat tendenssinomaisesti.
Kliinisissä muuttujissa havaitut muutokset kuntoutuksen tuloksena ovat
satunnaisia, eikä kuntoutusta voida myöskään pitää kustannusvaikuttava-
na. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin muutos kuntoutusryhmän energi-
syydessä, jota voidaan pitää kuntoutustuloksena. (Roilas 2004, 106.)

5 KOTIHOIDON JA LAITOSKUNTOUTUKSEN YHTEISTYÖ

5.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain ja –asetuksen mukaista kotipalvelua ja kansanterveyslain mukaista kotisairaanhoidoa, jotka voidaan tuottaa erillisenä tai yhdistettynä kunnan oman päätöksen mukaan (Heinola 2007, 11). Erillisenä tuotettaessa kotisairaanhoido on terveyskeskuksen alaisuudessa toimivaa asiakkaan kotona annettavaa sairaanhoidoa Soinin & Välimäen (1998) mukaan kotipalvelu liittyy asiakkaan henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, asumiseen ja päivittäiseen elämään kuuluvien toimintojen tekemiseen ja niissä avustamiseen. (Salomaa 2004, 11.)

Suomessa valtaosa yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan, joko tavanomaisessa omistus-, vuokra- tai palveluasunnossa. Kotihoidon tarve on lisääntynyt 1990-luvun palvelurakennemuutoksen jälkeen, kun laitoshoido on purettu ja kotihoitoa lisätty ja kehitetty. Kotona asuminen onnistumiseen vaikuttavat terveys ja toimintakyky ja siten myös kotihoidosta saatava apu. (Ikonen & Julkunen 2007, 11–12.) Soinin ja Välimäen (1998) mukaan kotihoidon palveluita käyttävät vanhukset, joiden toimintakyky on heikentynyt siten, etteivät he enää selviä ilman ulkopuolista apua. Vanhusten määrän lisääntyessä olisi tärkeää kehittää kotihoitoa ja lisätä yhteistyötä hoitolaitosten kanssa (Salomaa 2004, 12).

Kotihoidon avulla tuetaan vanhusten selviytymistä kotona tai palvelutaloissa, jolloin pitkäaikaishoido laitoksissa vähenee. Kotihoidon avulla mahdollistetaan sairaalasta kotiutuminen viiveettömästi, sekä turvataan myös sairaalajakson jälkeinen jatkoahoito. Valtaosa kotihoidon asiakkaista on vanhuksia, joilla on useita terveysongelmia tai pitkäaikaissairauksia. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.)

Kotihoidon palveluita voivat kuntien lisäksi tuottaa myös erilaiset järjestöt ja yksityiset yrittäjät. Kunnat voivat ostaa myös yksityisiltä palveluita asiakasryhmille, jos kunnan omat resurssit eivät riitä. Lakisääteisesti kotipalvelujen tuottaminen kuuluu kunnille. (Ikonen & Julkunen 2007, 44.)

5.2 Yhteistyö ja sen muodot

Kun työskennellään ikääntyneiden asiakkaiden kanssa muodostuu isoksi osaksi hoidon jatkuvuutta yhteistyö kotihoidon kanssa. Yhteistyötä kotihoidon kanssa tehdään moniuloitteisesti. Hoivalaitos voi tukea ikääntyneen kotona selviytymistä päivätoiminnan ja Intervalli-jaksojen avulla. Toisaalta kotihoito voi tukea asiakkaan hiljalleen tapahtuvaa siirtymistä pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaaksi vuorottelemalla laitoshoidossa tapahtuvien Intervalli-jaksojen ja kotihoidon kanssa.

Yhteistyötä on myös asiakkaiden käyminen säännöllisesti laitoshoidon jaksoilla, joiden tarkoitus on ylläpitää ja parantaa asiakkaiden toimintakykyä ja siten parantaa heidän selviytymistään kotona.

Tästä syystä pidän tässä opinnäytetyössä tärkeänä, että kotihoitoa kuullaan myös siinä, kuinka tätä yhteistyötä voitaisiin kehittää. Miten tiedonkulku ja yhteistyö parantuisi siinä määrin, että laitospotilaan, päivätoiminnan tai Intervalli-jaksojen vaikuttavuus voitaisiin ohjata niihin asiakkaan toimintakyvyn osa-alueisiin, jotka kotona tarvitsevat tukea.

5.3 Yhteistyö kotiutustilanteissa

Yhteistyössä kotiuttamistilanteissa haastaa sekä lähettävän hoitolaitoksen henkilökunnan, että vastaanottavan kotihoidon edustajan.

Hoidettaessa tai kuntoutettaessa ikääntyneitä asiakkaita, voi terveydentila muuttua äkillisestikin. Tästä syystä olisi tärkeää saada kotihoidolta hyvät esitiedot asiakkaista, kuin myös siirtää laitospotilajakson aikana tehdyt havainnot asiakkaan terveydentilasta ja sen muutoksista kotihoidon tiedoksi.

Määtä ja Natusen (2010, 26) tutkimuksessa yhteistyö nousi tärkeäksi kotiutuksen elementiksi. Tärkeäksi koettiin tiedottaminen molemmiin puolin kotihoidon ja kotisairaanhoidon kanssa asiakkaan voinnista, lääkemuutoksista tai kotiutuksen ajankohdasta.

Salomaan (2004, 32–34) tutkimuksessa hoitajat kokivat yhteistyön toimivan parhaiten puhelimitse, sillä sen kautta tavoitettiin nopeimmin asianomainen. Puhelun lisäksi koettiin tärkeäksi myös kirjalliset ohjeet. Yhteistyö ikääntyneen parhaaksi synnyttää myös luottamusta, joka luo hyvät edellytykset ikääntyneen kotona selviytymiselle (Salomaa 2004, 31).

Yhteistyötä hoidonantajien välillä korostavat myös Grönroos & Perälä (2006, 31). Heidän mukaansa kontaktisuhteiden luominen ja ylläpitäminen edistää asiakkaan selviytymistä siirtyessä hoitolaitoksesta kotiin.

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hyvin Ilveskodin kotiutusprosessi toteutuu käytännön hoitotyössä kotihoidon näkökulmasta. Kotiutusprosessia tutkitaan niiden asiakkaiden osalta, jotka kotiuduttuaan saavat kotisairaanhoidon tai kotipalvelun palveluita tai joiden hoidosta kotona vastaa omaishoitaja. Lisäksi tutkitaan, kuinka yhteistyötä voitaisiin kehittää sekä sitä, miten laitospäätyöjakson vaikuttavuus näkyy asiakkaan arjen toimintakyvyssä.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten Ilveskodin kotiutusprosessit onnistuvat käytännön hoitotyössä?
2. Millaisissa asioissa kotiutusprosessissa ilmenee ongelmia?
3. Miten yhteistyötä voitaisiin kehittää?
4. Miten laitospäätyöjakso tukee asiakkaan toimintakykyä arjessa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin Kanta-Hämeen Sairaskotisäätiön Ilveskodissa. Aineisto kerättiin sekä kuntoutusosastolla että laitoshoidon osastolla, mutta kotiuttamistilanteet painottuvat enemmän kuntoutusosastolle. Tutkimuksen kohderyhmänä on palvelutalojen / kotihoidon hoitajat, jotka vastaanottavat Ilveskodista kotiutuvan asiakkaan. Lisäksi kysely lähetettiin myös sellaisille asiakkaille, joiden tiedettiin kotiutuvan siten, että puoliso toimi asiakkaan omaishoitajana.

Opinnäytetyösopimus (Liite 1) tehtiin Ilveskodin hoito-osaston osastonhoitajan Pirjo Raunion kanssa kesäkuun puolivälissä 2011.

7.2 Opinnäytetyön menetelmän valinta ja aineiston keruu

Hoitotyön ja hoitotieteen tutkimuksissa voidaan käyttää kvalitatiivista tai kvantitatiivista tutkimusotetta ja näitä menetelmiä voi myös yhdistellä, jolloin ne täydentävät toisiaan. Opinnäytetyöhöni valitsin näiden yhdistelmän, jolloinsa tietoa sekä määrällisestä että laadullisesta näkökulmasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 126, 130–133, 151–156).

Opinnäytetyö vaatii aineiston, joka voi olla luonteeltaan hyvin monenlaista. Opinnäytetyön tutkimus ei valmistu ilman hyvää tutkimusaineistoa. Tärkeintä on valita tarkoitukseen soveltuva aineistonkeruumentelmä sekä hallita oikea analyysimenetelmä. (Hakala 2010, 12.) Kyselylomake on eräs perinteisimmistä tavoista koota tutkimusaineistoa, vaikka kyselylomaketta pidetään yleisesti kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmänä. Avoimien kysymysten käyttäminen kyselyssä tuo osallistuneiden omaa näkemystä esille, joka on Hirsjärven ym. (2004, 155) mukaan ovat laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä.

Ennen kyselylomakkeen (Liite 6) laatimista tutustuin kirjallisuuteen ja määritin käsitteitä ja pohdin tutkimusongelmaa (Heikkilä 1999, 46). Kyselylomakkeen muotoiluun ja esitettäviin kysymyksiin vaikutti myös opinnäytetyön tilaajan, Ilveskodin kanta ja näkemys siitä, millaisiin kysymyksiin he haluavat vastauksen. Lomaketta suunniteltaessa pohdin kysymysten muotoilua, käytetäänkö avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä vai asteikkoihin perustuvia kysymystyyppejä. (Hirsjärvi ym. 2004, 187–190.) Kyselylomakkeen hyväksyi Ilveskodin osastonhoitaja ja palautetta kyselylomakkeen rakenteeseen, selkeyteen ja pituuteen kysyttiin myös Ilveskodin muulta henkilökunnalta.

Aineiston keruu toteutettiin postikyselynä (Vastamäki 2010, 128). Kysely toteutettiin elokuussa 2011 poikittaistutkimuksena, jossa kotihoidon henkilökunnalle tai asiakkaiden omaishoitajille lähetettiin yhteensä 40 kyselylomaketta tietyn ajanjakson aikana.

Kyselylomakkeessa (liite 6) oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä, joihin sai jättää palautetta ja ehdotuksia niin halutessaan. Osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 188).

Kysymykset oli jaoteltu siten, että kysymykset 1–4 liittyivät vastaajan taustatietoihin sekä siihen miltä jaksolta asiakas kotiutui. Kysymykset 5–8 liittyivät siihen, miten kotiuttaminen käytännössä on onnistunut ja toivotaanko yhteydenottoa puhelimitse ylipäänsä välittömästi ennen kotiuttamista. Kysymykset 9–11 liittyivät asiakkaan moniammatillisen kuntoutustiimin toimintaan ja laitostuntoutusjakson vaikuttavuuteen kotona selviytymisessä. Kysymykset 12–14 liittyivät siihen, tuleeko jakson jälkeen kotihoidolle asti tiedoksi asiakkaan poikkeavat tutkimustulokset sekä lääkärin epikriisi ja kokeeko kotihoito ylipäänsä tarpeelliseksi saada tietoa asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä fysioterapian näkökulmasta? Viimeisen kysymyksen 15 tarkoitus oli saada avointa palautetta, kuinka kotihoidon näkökulmasta yhteistyötä voisi kehittää asiakkaan hoidon jatkuvuuden parantamiseksi.

Kyselylomakkeeseen ja postikyselyyn päädyin, koska Ilveskodista kotiutuu kuntoutujia muuallekin, kuin Hämeenlinnan lähiympäristöön, joten aineiston kerääminen esimerkiksi teemahaastattelulla olisi ollut hankalaa toteuttaa ja vaatinut huomattavasti enemmän aikaa ja resursseja sekä minulta, että kotihoiton työntekijöiltä. Kyselyhaastattelulla tavoitimme myös etäämmällä olevat yhteistyötahot eikä vastaaminen ollut sidottu tiettyyn aikaan ja paikkaan.

Kysely laitettiin Ilveskodista kotiutuvien asiakkaiden mukana kotiin ja osoitettiin kotihoiton henkilökunnalle tai omaishoitajalle. Kyselylomakkeen lisäksi kuoressa oli saatekirje (Liite 7), jossa kuvattiin mihin tarkoitukseen aineistoa kerätään sekä vastauskuori, jonka postimaksu oli maksettu.

7.3 Opinnäytetyön tulosten käsittely ja analyysi

Opinnäytetyössä oli piirteitä määrällisestä eli kvantitatiivisesta tutkimusotteesta sekä laadullisesta eli kvalitatiivisesta tutkimusotteesta.

Opinnäytetyön oli tarkoitus selvittää kuinka hyvin Ilveskodin olemassa olevia kotiuttamiseen liittyviä ohjeistuksia oli käytännön hoitotyössä noudatettu. Sen lisäksi opinnäytetyö vastasi siihen miten kotihoito näkee jakson vaikuttavuuden asiakkaan arjessa. Nämä kysymykset kysyttiin kyselylomakkeessa pääosin suljetuin, eli strukturoiduin kysymyksin ja analysoitiin tilastollisesti. Tulokset kuvattiin prosenttiosuuksin ja havainnollistettiin taulukoin. Nämä vastaukset muodostivat opinnäytetyön määrällisen näkökulman. (Hirsjärvi ym. 2004, 130.)

Kyselylomakkeessa oli vapaata tilaa myös kehittämisehdotuksille ja palautteelle, joten nämä osat vastauksista analysoitiin sisällöllisesti. Näistä

kysymyksistä muodostui opinnäytetyön laadullinen näkökulma.(Hirsjärvi ym. 2004, 130.)

Valitsin määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen yhdistämisen, koska uskoin saavani tällä tavoin parhaiten aineistoa, joka vastaisi opinnäytetyöni tutkimusongelmiin.

8 OPINNÄYTETYÖN KYSELYN TULOKSET

Kyselyn tulosten esittelyssä en vielä tee johtopäätöksiä, vaan pitäydyn tulosten esittelyssä numeerisesti ja taulukoiden havainnoimana. Tulosten esittelyn jälkeen olen koonnut johtopäätökset ja kytkennän teoriaan soveltuvien osien, jotka kuvaan omassa luvussaan.

8.1 Taustatietoihin liittyvät kysymykset

Täytettyjä kyselylomakkeita palautui 24 kappaletta, joka on vastausprosentiksi muunnettuna 60% kaikista lähetetyistä kyselylomakkeista. Vastausprosentti oli yllättävän hyvä ja aineistoa saatiin riittävästi tämän opinnäytetyön tarkoituksiin.

Taustatietoja vastaajista kysyttiin, jotta tuloksien tulkinnassa voidaan tarvittaessa vertailla eri ammattiryhmien eroja vastauksissa. Tavoitteena oli myös nähdä onkovastauksissa eroavaisuuksia työkokemuksen suhteen.

Vastaajista suurin osa (45,8%) oli koulutukseltaan lähihoitajia. Seuraavaksi suurinta ryhmää vastaajista edustivat sairaanhoitajat (20,8%), omaiset (16,7%) ja terveydenhoitajat (12,5%). Perushoitajia vastaajista oli 4,2%. Usein perushoitajat rinnastetaan lähihoitajiin. Jos nämä yhdistettäisiin, olisi lähihoitajia tai siihen rinnastettavia vastaajia puolet vastanneista.

Taulukko 2 Vastaajien ammatti

Ammatti	%
Terveydenhoitaja	12,5
Sairaanhoitaja	20,8
Lähihoitaja	45,8
Perushoitaja	4,2
Joku muu, mikä (omainen)	16,7

Vastaajien ikäjakaumassa ei ollut yhtä suurta hajontaa, kuin ammattiryhmissä. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 41–50 vuotta (37,5%) ja toiseksi eniten ikäryhmässä 51–60 vuotta (20,8%). Kolmanneksi eniten vastaajia oli 18–30 vuotiaiden ryhmässä (16,7%).

Taulukko 3 Vastaajien ikä

Ikä	%
18-30v.	16,7
31-40v.	12,5
41-50v.	37,5
51-60v.	20,8
yli 61v.	12,5

Työkokemusta kotihoidosta kysyttäessä vastaukset jakaantuivat jälleen melko tasaisesti. Eniten vastauksia saatiintyöntekijöiltä, joilla hoitoalan kokemusta oli 11–20 vuotta (33,3%). Lähes yhtä paljon vastauksia saatiin 0–5 vuotta työkokemusta omaavilta vastaajilta (29,2%). Yli 20 vuotta kokemusta oli 25 prosentilla vastaajista. Vähiten vastauksia oli työntekijöiltä, joiden työkokemus hoitoalalta oli 6–10 vuotta (12,5%).

Taulukko 4 Vastaajien työkokemus

Työkokemus vuosina	%
0–5v.	29,2
6–10v.	12,5
11–20v.	33,3
yli 20v.	25

Asiakkaan jakso oli suurimmassa osassa (58,3%) ollut lyhytaikaisen laitoshoidon jakso (Intervalli) tai laitostuntoutus (33,3%). Kaksi asiakasta (8,3%) oli tarkastelujakson aikana kaupungin paikalla.

8.2 Kotiuttamisen onnistuminen Ilveskodista

Saadakseni aineistoa kotiuttamisprosessin onnistumisen arviointiin kyselylomakkeessa kysyttiin kotihoidolta kuinka hyvin asiakkaiden henkilökohtaiset tavarat tulivat jakson jälkeen takaisin kotiin. Valtaosassa (87,5%) kotiutustilanteita asiakkaan henkilökohtaiset tavarat (vaatteet, hygieniatarvikkeet, lääkkeet jne.) oli pakattu asianmukaisesti. Vain 8,3% vastaajista oli havainnut tässä puutteita ja 4,2% ei vastannut kysymykseen ollenkaan.

Avoimissa kysymyksissä nousi esiin useassa vastauksessa, että asiakas on itse huolehtinut esimerkiksi tavaroidensa pakkaamisen. Muutamissa vastauksissa, joissa hoitajan on täytynyt huolehtia pakkaamisesta ilmeni puutteita.

Pyjama jäi sängyn päähän tuulettumaan sekä puhelimen laturi jäi seinään. Kuntoutujan poika haki nämä erikseen jälkeinpäin.

Terveystenhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Astmalääkkeen ottolaite puuttui. Hoitajaa pyydettiin erikseen hakemaan se.

Omainen, 0–5v. omaishoitajana

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös kuinka kotiutumiseen liittyvät asiakirjat ovat tulleet kotihoidon tiedoksi asiakkaan kotiutumisen jälkeen.

Hoitajan saate oli kotiutuessa mukana 50% kotiutuneista asiakkaisista. Vastaajista 37,5 % ilmoitti, ettei hoitajan saatetta ollut mukana ollenkaan ja 12,5% vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös palautetta hoitajan saatteen ulkoasusta ja sisällöstä. Vastauksista ilmeni, että hoitajan saate oli vastaajien mukaan selkeä ja siitä ilmeni tarvittavat tiedot, silloin kun se oli asiakkaan kotiutuksessa laitettu mukaan.

Olisi toivottavaa saada tieto heti asiakkaan kotiutuessa eikä ehkä joskus postissa perässä päin tai lääkärinlausuntoa nähtäväksi asiakkaalta kysymällä. Jos esim. lääkemuutoksia, ne olisi tehtävä heti.

Terveystenhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Ainoa mitä asiakkaalla minulle oli, oli tämä kyselylomake.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Hoitajan saatteen lisäksi myös lääkärinlausunto olisi hyvä saada tiedoksi kotihoitoon.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Kirje oli selkeä ja kaikki tarvittavat tiedot löytyivät.

Terveystenhoitaja, yli 20v. työkokemusta

Lääkelistojen suhteen hajonta oli hieman selkeämpää. 66,7% vastaajista ilmoitti lääkelistan olleen asianmukaisesti asiakkaan mukana ja 20,8% vastaajista mainitsi sen puuttuvan. Jälleen 12,5% vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

Myös lääkelistan ajantasaisuudesta ja selkeydestä pyydettiin palautetta.

Aloitusannos on joskus puuttunut, eikä muutoksia ole mitenkään erikseen merkitty, mutta muuten lista on aina ollut selkeä.

Terveystenhoitaja, 0–5v. työkokemusta

Potilaalla oma lista, joka oli jo mennessäkin. Siinä potilaan omat merkinnät lääkemuutoksista, ei hoitajien.

Terveystenhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Oli tarkastettu vanha.

Lähihoitaja, 11–20v. työkokemusta

Marevan-hoitoon liittyvään kysymykseen pyydettiin vastaamaan, mikäli asiakkaalla on käytössä Marevan-lääkitys. Kyselyssä ilmeni, että 41,6% kotiutuneista asiakkaista oli käytössään Marevan-lääkitys. Näistä 60% oli kotiutuessaan saanut mukaansa Marevan-kortin. Vain 40% Marevanhoitoa saaneista kotiutujista sai tuoreimman INR-arvon tiedoksi kotihoitoon. Seuraavan INR-kontrollin ajankohta tuli tiedoksi 50prosentille Marevanin käyttäjistä.

Reseptit olivat asianmukaisesti mukana 54,2prosentilla kotiutuneista asiakkaista. 37,5% vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen ja 8,3% kotiutustilanteista reseptejä oli selkeästi jäänyt puuttumaan.

Taulukko 5 Kotiutuessa mukana

Kotiutuessa mukana	Kyllä %	Ei%	Ei vastausta%
Tavarat	87,5	8,3	4,2
Hoitajan saate	50	37,5	12,5
Lääkelista	66,7	20,8	12,5
Marevan kortti	60	40	0
INR-arvo	40	60	0
INR-kontr. ajankohta	50	50	0
Reseptit	54,2	8,3	37,5

Puhelimitse Ilveskodista otettiin yhteyttä ennen asiakkaan kotiutumista 33,3 prosentissa kotiutuksia. Kotiutuksista 62,5% hoidettiin ilman puhelinkontaktia kotihoitoon ja 4,2% vastaajista ei vastannut kysymykseen. Kysyttäessä kotihoitoon toivetta puhelinkontaktista ennen asiakkaan kotiuttamista selkeä enemmistö (79,2%) vastaajista toivoi yhteyttä otettavan. Vastaajista 12,5% ei pitänyt yhteydenottoa tarpeellisena. Kysymykseen jätti vastaamatta 8,3 % vastaajista.

Taulukko 6 Puhelimella yhteyden ottaminen

	Kyllä %	Ei %	Ei vastattu %
Ilveskoti otti yhteyttä	33,3	62,5	4,2
Kotihoito toivoo yhteydenottoa	79,2	12,5	8,3

Jakson jälkeen lääkärin epikriisi tai loppuyhteenveto ja laboratoriovastaukset sekä verenpaine seuranta tuli tiedoksi kotihoitoon 62,5% vastauksista. Vastaajista 33,3% ei saanut näitä tiedoksi asiakkaan kotiutumisen jälkeen mitään kautta. 4,2% vastaajista ei vastannut kysymykseen mitään.

Taulukko 7 Lääkärin epikriisi / loppuyhteenveto

	Kyllä %	Ei %	Ei vastattu %
Epikriisi / loppuyhteenveto tiedoksi kotihoitoon	62,5	33,3	4,2
Tutkimustulokset tiedoksi kotihoitoon	62,5	33,3	4,2

8.3 Jakson vaikuttavuuteen ja yhteistyön kehittämiseen liittyvät kysymykset

Kysyttäessä, onko kotihoidolla tiedossa Ilveskodissa toimivan moniammatillisen työryhmän kokoonpano ilmeni, että suurimmalle osalle (79,2%) vastaajista työryhmän kokoonpano oli tiedossa. Vastaajista 20,8% ei tiennyt moniammatillisen työryhmän kokoonpanoa.

Asiakkaan esitietolomakkeeseen kotihoidon toiveita varten liitettä toivoi lähes kaikki vastaajat (91,7%). Vastaajista 4,2% piti liitettä tarpeettomana ja 4,2% ei vastannut kysymykseen lainkaan.

Tämän asiakkaan kohdalla ehkä tuo INR ja Marevan-hoito olisi ollut hyvä viestittää riittävän selkeästi oikein kirjallisesti, niin ehkä epäselvyyksiltä olisi välttytty.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Olisi todella tarpeellinen, sillä usein asiakkaiden kanssa yhdessä katsotaan esitietolomakkeelle oikeat tiedot.

Terveystenhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Esim. asiakkaan toimintakyvystä olisi hyvä saada viestiä Ilveskotiin, omatoimisuuden tukemisesta ja ruokailujen sujumisesta kotona.

Lähihoitaja, 11–20v. työkokemusta

Kysyttäessä kotihoidon näkemystä laitostuntoutusjakson tailyhytaikaisen laitoshoidon vaikuttavuudesta asiakkaan arjen toimintakykyyn 91,7% vastaajista näki jaksosta olevan hyötyä asiakkaan toimintakyvylle. 8,3% vastaajista ei vastannut kysymykseen ollenkaan.

Useassa avoimessa vastauksessa tuotiin esiin se, että asiakkaat ovat virkeämpiä jakson jälkeen. Virkeyden kuvattiin näkyvän asiakkaan toimintakyvyssä omatoimisuutena. Myös asiakkaiden jakson aikana saamia sosiaalisia kontakteja pidettiin tärkeänä ja fyysikaalisten hoitojen saaminen nähtiin lisäävän arjen sujuvuutta ja toimintakykyä kotona.

Asiakas on tehnyt omatoimisesti voimistelua kotona jakson jälkeen.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Selviytyy kotona paremmin.

Sairaanhoitaja, yli 20v. työkokemusta

Mieliala kohentuu jakson aikana.

Lähihoitaja, yli 20–v. työkokemusta

Asiakkaat ovat usein virkeämpiä ja motivoituneempia oman toimintakyvyn ylläpitoon lyhyenkin jakson jälkeen.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Siellä kartoitetaan asiakkaan kokonaistilanne.

Terveydenhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Omatoimisempi, aloitteellisempi. Yrittää tehdä itse pieniä henkilökohtaiseen pukeutumiseen yms. liittyviä juttuja. Usein yrittää selviytyä ruuan paloittelusta ja ruokailusta itse. Kotona omaishoitaja tekee kaiken hänen puolestaan.

Omainen, 0–5v. omaishoitajana

Fysioterapiasta toivoo palautetta tai terveisiä kotihoiton tiedoksi lähes kaikki vastaajat (95,8%). Yksikään vastaaja ei pitänyt tätä tarpeettomana ja 4,2% vastaajista ei vastannut kysymykseen.

Taulukko 8

	Kyllä%	Ei%	Ei vastattu%
Moniammatillisen työryhmän kokoonpano	79,2	20,8	0
Esitietolomakkeeseen liite kotihoiton viestille	91,7	4,2	4,2
Jakson vaikuttavuuden näkyminen arjessa kotona	91,7	0	8,3
Fysioterapiasta terveiset kotihoitoon	95,8	0	4,2

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin ehdotuksia Ilveskodin ja kotihoiton yhteistyön parantamiseksi. Suurimmassa osassa vastauksia nousi esiin toive siitä, että Ilveskodista otettaisiin yhteyttä ennen asiakkaan kotiutumista puhelimitse sekä kirjallisesti asiakkaan kotiutuessa.

Vastauksissa nousi esiin myös kotihoiton ja Ilveskodin tiedonkulun parantaminen puolin ja toisin. Useassa vastauksessa se koettiin jo sujuvan kohtalaisen hyvin, mutta myös kehittämistarpeita vastauksissa tuli esille.

Esitietolomakkeen liite kotihoiton täytettäväksi palvelisi hyvin sekä Ilveskotia, että kotihoitoa ja edistäisi myös asiakkaan kotona selviytymistä, kun kuntoutusta voisi kohdentaa niille osa-alueille jotka kotona vaativat tukea.

Sairaanhoitaja, 11–20v. työkokemusta

Puhelinsoitto Ilveskodista kotihoitoon asiakkaan kotiutuessa, - voinnin muutoksista, jakson kulumisesta ja mahdollisista lab-tuloksista, lääkemutoksista.

Terveydenhoitaja, 11–20v. kotihoitossa

Asiakkaalla oli ollut määrä ottaa INR-koe jakson aikana, mutta asiakkaan puheen mukaan koetta ei oltu otettu siellä, vaikka asiakas oli siitä puhunut. Näiden tilanteiden välttämiseksi olisi hyvä, jos viestit kulkisivat paremmin puolin ja toisin. Asiakkaat voivat olla jo muistamattomiakin.

Sairaanhoitaja, 11–20v. kotihoitossa

Joidenkin asiakkaiden kohdalla tiedonkulku on toiminut, esim. sairaanhoitajan lähete, lääkelistat, reseptit (jos lääke-muutoksia), INR, verenpaine seuranta (jos tarvii). Soitto kotiutumista edeltävänä päivänä että osaamme muistamattomien asiakkaiden kotoa hakea ko. papereita.

Lähihoitaja, 11–20v. työkokemusta

8.4 Opinnäytetyön eettiset kysymykset ja luotettavuus

Eettisesti hyvä kyselytytkimus vaatii että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä tarkoittaa eettisten näkökohtien riittävää huomioimista ennen tutkimuksen aloittamista. (Hirsjärvi ym. 2004, 25–28.)

Opinnäytetyön kyselytutkimus suoritettiin nimettömänä. Kyselylomakkeen kysymykset oli muotoiltu niin, ettei vastaajien henkilöllisyys tullut millään tavalla selville, eikä vastaajia pystytä tunnistamaan. Vastauksien perusteella oli myöskin mahdollista selvittää, kenen asiakkaan kotiutustilanteeseen kyseinen vastauslomake liittyi. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyseelyyn vastaamisen vapaaehtoisuus lisää kyselyn eettisyyttä ja myös luotettavuutta.

Ennen kyselylomakkeen lähettämistä kotiin, asiakkailta tai heidän edunvalvojaltaan kysyttiin suostumus kyselyn lähettämiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli eettisesti ja korkealaatuisesti saada tietoa Ilveskodin kotiuttamiskäytäntöjen toimivuudesta kotihoidon näkökannalta, jotta Ilveskoti voisi kehittää jatkossa toimintatapojaan asiakaslähtöisempään suuntaan. Kyselylomakkeen saatekirjeessä korostettiin sitä, että tutkimuksen tarkoituksena on arvioida nimenomaan Ilveskodin toimintaa.

Koska työskentelen itse Ilveskodissa, oli pohdittava myös se tutkimuseettinen näkökulma, miten suhtaudutaan siihen, että osallistun itse hoitotyöhön Ilveskodissa ja näin ollen myös kotiutustilanteisiin. Koska kyseessä on pieni yksikkö, oli aivan mahdollista jäädä täysin pois hoitotyöstä kyselytutkimuksen ajaksi. Näin ollen osassa kotiutustilanteita saatoin itse olla osallisena jollain tavalla, pyrin kuitenkin jääväämään itseni suuremmista kotiuttamisen valmisteluista. Lähtökohtana kuitenkin on, että Ilveskodin jokainen työntekijä toimisi Ilveskodin työhöjeiden mukaisesti ja näitä ohjeita myös minun tulee työskennellessäni noudattaa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin ohjeistusta kotihoidon palautteen mukaan noudatetaan, joten asiassa ei mielestäni ole merkittävää eturistiriitaa.

Opinnäytetyön kyselyn reliabelius eli toistettavuus ja validius eli pätevyys mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskkin mitata, määrittelevät opinnäytetyön aineiston luotettavuutta. Hirsjärven ym. (2004, 216) mukaan tutkimusta voidaan pitää luotettavana, kun kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Opinnäytetyön validiteetin arvioinnin kohteena on esimerkiksi se, onko tutkija ja tutkittava ymmärtäneet kysymykset samalla tavalla. (Hirsjärvi 2004, 216.)

Tämän opinnäytetyön validiutta parantaa se, että kyselylomaketta muokattiin ja suunniteltiin yhdessä työelämän edustajien kanssa. Opinnäytetyön kyselyn luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että ei voida olla varmoja siitä, ovatko kaikki kyselyyn vastanneet ymmärtäneet kysymykset oikein ja pitäneet kaikkiin kysymyksiin vastaamista yhtä tärkeänä. Tästä viitteitä antoi joidenkin kysymyksien kohdalla runsas vastaamattomuus.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

9.1 Taustatietoihin liittyvät johtopäätökset

Vastaajien taustatiedoista voidaan tehdä johtopäätös, jossa todetaan, että kyselyyn ovat vastanneet eniten lähihoitajan koulutuksen saaneet kotihoidon työntekijät. Tämä selittynee sillä, että suurin osa kotihoidon kentällä työskentelevistä henkilöistä on lähihoitajia. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat työskentelevät usein tiimivastaavana, mikäli kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty kotihoidoksi. (Heinola 2007, 11.)

Lukumääräisesti vastauksia saatiin eniten kotihoidossa työskenteleviltä lähihoitajilta, mutta sisällöllisesti eniten aineistoa saatiin sairaanhoitajina ja terveydenhoitajina työskenteleviltä. Yhteistä aineistolle oli myös se, että pääsääntöisesti vastaajilla oli runsaasti työkokemusta hoitotyöstä. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että työkokemus ja koulutus ei vähennä asiakasta tarvittavan tiedon määrää yhteistyökumppaneiden taholla.

Vastaajien ikäjakauma oli yhteneväinen suhteessa vastaajien työkokemusvuosiin. Luontevaa on, että mikäli vastaajalla on yli 10-vuoden työkokemus hoitotyöstä, ei vastaaja ehkä enää ole aivan nuori. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, ettei asiakkaiden hoitoon liittyvien tietojen tarve ole riippuvainen asiakasta vastaanottavan tahon koulutuksesta, työkokemuksesta tai iästä.

Taustatiedoista on tehtävissä myös se johtopäätös, että vastaajilla on keskimäärin runsaasti työkokemusta. Vastaajista 58,3 % ilmoitti työkokemuksekseen kotihoidon parissa yli 11 vuotta, jota voidaan pitää merkittävänä. Tulosten voidaan katsoa edustavan kokeneiden työntekijöiden mielipidettä asiakkaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa.

Asiakkaan jaksoa kysyttiin, jotta voidaan tulkita kriittisemmin saatua aineistoa. Uskon olevan merkitystä kotiutumisen onnistumiseen sillä kotiutuuko asiakas Ilveskodista ensimmäisen laitospäätyjakson jälkeen vai säännöllisesti toistuvien Intervalli-jaksojen jälkeen.

Verrattaessa lyhytaikaisen laitoshoidon jaksolta kotiutuvaa asiakasta laitospäätyasiakkaaseen, havaittiin eroavaisuuksia kotiutumisen onnistumisissa lähinnä hoidon jatkuvuuden turvaamisen suhteen. Vertailussa käytettiin mittarina sitä, oliko asiakkaalla kotiutuessaan mukana sekä hoitajan saate että lääkelista.

Taulukko 9 Laitospääty vs. lyhytaikainen laitoshoido

Hoitajan saate ja lääkelista mukana jakson loputtua	Kyllä %	Ei%
Laitospääty	66,6	33,3
Lyhytaikainen laitoshoido	41,7	58,3

Ero ei välttämättä ole merkittävä ja voi selittyä sillä, että lyhytaikaisen laitoshoidon asiakkaat käyvät säännöllisesti jaksoilla Ilveskodissa. Tästä syystä lyhytaikaisen laitoshoidon jaksolla ei ehkä tehdä yhtä paljon lääkemuutoksia, kuin vastaavalla laitostuntoutusjaksolla. Tämän vuoksi ei katsota tarpeelliseksi laittaa hoitajan saatetta tai tarkistettua lääkelistaa mukaan asiakkaan kotiutuessa, jos mitään muutoksia lääkityksessä tai asiakkaan voinnissa ei ole tapahtunut. Mielestäni tästä voidaan tehdä kuitenkin johtopäätös, että eroavaisuutta on ja siihen pitää tulevaisuudessa kiinnittää huomiota.

9.2 Kotiuttamisen onnistuminen Ilveskodissa

Opinnäytetyön kappaleessa, jossa kuvattiin onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä ja kotiuttamistilanteiden ongelmakohtia nousi esiin kotiutuksen huolellinen suunnittelu. Erityisesti esiin nousi tiedon siirtymisen tärkeys asiakasta hoitavien yhteistyötahojen välillä. (Luhtasaari & Jämsen 2010, 456; Rönkkö & Väisänen 1998, 98–99; Karppinen 1997, 6.) Opinnäytetyön tuloksista voidaan tehdä johtopäätös, että Ilveskodissa tiedon siirtyminen kotihoitoon toteutuu vaihtelevasti. Asiakkaiden ikääntyessä lisääntyä myös avun tarve ja sitä myöten myös Ilveskodin ja kotihoidon yhteistyö tulee lisääntymään. Pienetkin hajonnat näin tärkeissä asioissa, kuten lääkitykseen liittyvässä tiedonkulussa voivat vaarantaa asiakkaiden turvallisuuden.

Vastauksista ilmeni sekä onnistumisia että epäonnistumisia. Lääkelistaa ulkoasultaan kehuttiin selkeäksi. Lääkityksen muutokset toivottiin merkittävän selkeämmin, jotta ne erottuisivat paremmin. Myös vanhojen listojen tarkistamista varmasti ajantasaisiksi pidettiin tärkeänä. Marevan-lääkettä käyttävien asiakkaiden kohdalla puutteita tiedon kulussa oli annostuksen, INR-arvon ja INR-kontrollin ajankohdan suhteen.

Ilveskodin työohjeen (Tuominen & Uusikylä 2011a) mukaan kotiin pitäisi olla yhteydessä aina, kun asiakkaan toimintakykyluokka on 1 tai tarvittaessa. 79,2 % vastaajista toivoo yhteydenottoa, joka toteutui vain kolmanneksessa kotiutuksia, joten voidaan tehdä johtopäätös, että yhteydenottoja olisi tarpeen lisätä.

Yhteydenottamisen ja asiakkaan hoitoa koskevan tiedon siirtymisen tärkeys nousi esiin myös Salomaan (2004, 43–47) tutkimuksessa. Tenkasen (2003, 41) tutkimuksessa puutteita havaittiin suunnitelmallisuuden ja tiedonkulun osalta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa. (Penttinen & Väisänen 2003, 39; Perälä ym. 2006, 28–31; Koponen 2003, 11.)

Ilveskodissa työskentelee useita eri lääkäreitä. Epikriisin / loppuyhteenvedon sisältö riippuu paljon sen sanalleesta lääkäristä, vaikka keskeisimmät sisällöt määrittelee Valtiokonttorin laatuvaatimus (2010c, 2010d). Joissakin tapauksissa epikriisit voivat olla erittäinkin laajoja ja sisältää paljon tietoa tutkimustuloksista ja jakson yleisestä sujumisesta lähtien ja taas joissain tapauksissa epikriisi tai loppuyhteenvedo voi olla hyvin pal-

jon suppeampi sisällöllisesti. Epikriisi tai loppuyhteenveto lähetetään asiakkaan luvalla jakson jälkeen häntä hoitavalle terveysasemalle ja asiakkaalle itselleen. Kotihoito kertoi vastauksissaan saavan epikriisin tai loppuyhteenvedon itselleen yleisimmin asiakkaalta itseltään.

Kotiuttamistilanteissa ongelmaksi nousee se, ettei epikriisiä ole yleensä kirjoitettu vielä silloin, kun asiakas kotiutuu, jolloin se ei ole käytettävissä välittömästi kotiutuksen yhteydessä. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että on tärkeää laittaa asiakkaan mukaan hoitajan saate, lääkelista ja merkittävimmät laboratorio- tai seurantatulokset, jotta asiakkaan hoidon jatkuvuus ei kotiutuessa vaarantuisi.

Ilveskodissa työskentelee jokaista asiakasta varten varsin kattavasti moniammatillinen tiimi, joka pyrkii yksilöllisesti suunnittelemaan asiakkaan laituskuntoutus- tai laitoshoidon sisällön Valtiokonttorin laatuvaatimusten ja Ilveskodin hoitofilosofian mukaisesti.

Aineiston perusteella voidaan tehdä johtopäätös jossa todetaan, että suurimmat haasteet Ilveskodille kotiuttamiseen liittyen ovat tiedonkulun parantamiseen liittyvät haasteet. Esitietolomakkeeseen toivottiin vapaata tilaa, johon kotihoidon edustajat voisivat itse kirjoittaa ja näin viestittää Ilveskodille näkemyksiään asiakkaan voinnista tai toiveitaan jakson suhteen. Ajatusta esitietolomakkeen kehittelystä pidettiin hyvänä. Useassa vastauksessa tuli esiin myös puhelinkontaktin tärkeys ennen asiakkaan siirtymistä Ilveskodista kotihoitoon.

9.3 Laituskuntoutuksen vaikuttavuus asiakkaiden arjen toimintakyvyssä

Myös jakson vaikuttavuuden suhteen kotihoidon näkemys oli selkeä. Johtopäätöksenä voidaan todeta jakson vaikuttaneen asiakkaiden virkeyteen ja siten toimintakykyyn kotona, joten tämän opinnäytetyön kyselyn tulos laituskuntoutuksen vaikuttavuudesta on samansuuntainen Roilaksen (2004, 106) väitöstutkimuksen tuloksen kanssa, jossa todettiin kuntoutusta saaneiden ikääntyneiden virkistyneen kuntoutusjakson vaikutuksesta. Elniemen & Sulkavan ym. (2007, 3851) koosteessa sen sijaan todetaan, että kuntoutuksen vaikuttavuutta päivittäiseen toimintakykyyn on pystytty osoittamaan vain harvoissa tutkimuksissa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että asiakkaiden ikääntyessä ja kotihoidon lisääntyessä asiakkaiden kotona on syytä kehittää myös esitietolomaketta ja yhteistyötä kotihoidon kanssa vastaamaan nykypäivän tarpeita, sillä tiedon kulun puutteilla voi pahimmassa tapauksessa olla jopa asiakkaan turvallisuuden vaarantavia seurauksia. Laituskuntoutus nähtiin vaikuttavan asiakkaan toimintakykyä tukevana ja sitä toivottiin vastauksissa lisää.

Kotihoito toivoisi, että asiakkaan voinnista ja toimintakykyvyydestä viestitettäisiin enemmän puolin ja toisin. Kyselyn vastausten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että kotihoito toivoisi yhteistyön kehittämistä toivoessaan esitietolomakkeeseen tilaa viestittää näkemyksiänsä asiakkaiden toi-

mintakyvyn kehittämishaasteista ja toivoessaan saavansa myös fysioterapian osastolta terveisiä jakson sujumisesta kotihoitoon.

9.4 Jatkotutkimushaasteet

Tässä opinnäytetyössä aineistoa oli tähän tarkoitukseen riittävästi ja mielestäni tutkimusongelmiin saatiin riittävän hyvät vastaukset. Laajempaa ja yleistettävämpää tutkimusta varten kyselyn voisi toistaa pidemmällä aikavälillä, jotta aineistoa saataisiin enemmän.

Mielenkiintoista olisi myös toistaa kysely sen jälkeen, kun tämän opinnäytetyön tulokset ja niiden pohjalta Ilveskodin kotiuttamisprosesseihin tehdyt muutokset ja kehittämishankkeet olisivat tulleet käytäntöön ja vakiintuneet osaksi hoitohenkilökunnan kotiuttamiskäytäntöjä.

Jatkotutkimuksissa eriyttäisin myös laitoskuntoutuksen vaikuttavuuteen ja fysioterapiaan liittyvät kysymykset omaksi kyselykseen jotka käsiteltäisiin laajemmin ja erillään kotiuttamiseen liittyvistä asioista.

9.5 Kehittämisehdotukset Ilveskodin kotiuttamisprosessin kehittämiseksi

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että Ilveskodissa on tarve tulevaisuudessa kehittää kotiuttamisprosessia kokonaisuutena. Tulevaisuuden haasteena on parantaa tiedonkulkua kotihoitoon ja siten asiakkaiden kotiutuminen Ilveskodista olisi turvallisempaa. Kotihoito toivoi vastauksissaan yhteistyön kehittämistä muillakin yhteistyön osa-alueilla.

Tulosten mukaan voidaan todeta myös, että kotiuttamisen onnistuminen oli vaihtelevaa. Tämä voi johtua siitä, että kaikki kotiuttamiseen osallistuvat eivät tiedä työohjeiden sisältöä tai kotiuttamista ei aloitettu valmistelemaan riittävän ajoissa. Kiire on saanut aikaan huolimattomuudesta johtuvia puutteita. Hoitajan saateen, päivitetyn lääkelistan ja Marevan-tietojen laittaminen asiakkaan mukana kotihoitoon vaati kyselyn mukaan myös kehittämistä. Tuloksesta voisi esimerkiksi keskustella osastotunnilla ja korostaa tiedonkulun tärkeyttä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi asiakkaan hyvinvoinnin näkökulmasta.

Kotiuttamisten sujumista voisi Ilveskodissa kohentaa kouluttamalla henkilöstöä. Tällöin kaikki kotiuttamiseen osallistuvat saisivat saman tiedon ja yhdessä työskentely helpottuisi.

Tulosten mukaan kotihoito toivoi entistä runsaammin myös yhteydenottoja puhelimitse ennen asiakkaiden kotiutumista. Tätä voisi Ilveskodissa kehittää edelleen tarkistamalla asiakkaan kotihoidon yhteystiedot ajantasalle. Kokoamalla kotihoitojen yhteystietoja yhteen paikkaan, esim. kotiuttamiskansioon ne olisivat kiireemmässäkin helposti löydettävissä.

Tulosten mukaan lähes kaikki vastaajat toivoivat, että kotihoitoon tulisi tiedoksi myös fysioterapian terveiset asiakkaan jakson sujumisesta. Tämä on asia joka jatkossa tulee myös ottaa huomioon.

Laitoskuntoutusjaksot nähtiin tulosten mukaan asiakkaiden toimintakykyä kotona kohentavana. Mikäli Ilveskoti saisi ennen asiakkaan saapumista laitoskuntoutusjaksolle tiedoksi kotona selviytymiseen liittyvät ongelmat, olisi kuntouttavaa toimintaa helpompi keskittää niille osa-alueille, jotka asiakkaan kotona selviytymistä heikentää. Tässä on myös yksi haaste tulevaisuuteen. Ilveskodin täytyy kehittää yhteistyötä kotihoidon kanssa esimerkiksi esitietolomakkeen kehittämisessä vastaamaan asiakkaiden tarpeita.

Yhteistyön kehittämiseen kotihoito toi selkeästi esiin sen, että tiedon kulua tulee kehittää molempiin suuntiin sekä kotihoidosta Ilveskotiin, että Ilveskodista kotihoitoon päin. Tähän kehittämis ehdotukseksi nostettiin useassa vastauksessa esitietolomakkeen kehittäminen, jotta kotihoito voisi viestittää toiveitaan ja huolenaiheitaan. Yllättävä tulos oli se, kuinka tärkeänä kotihoito piti fysioterapian terveisien saamista kotihoidon tiedoksi ja mielestäni tämä on myös asia, joka Ilveskodin kannattaa ottaa työn alle.

Palvelurakenteen uudistuessa täytyy myös pyrkiä kaventamaan eri organisaatioiden välistä kuilua, jotta yhteistyö tulevaisuudessa helpottuisi. Tällä hetkellä eri organisaatioiden välinen yhteistyö on haastavaa, sillä kunnallisen sektorin tuottamat palvelut ovat erillään yksityisen sektorin palveluista ja näiden kahden välinen yhteistyö osin erittäin haastavaa.

10 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus saada vastaus seuraaviin kysymyksiin.

1. Miten Ilveskodin kotiutusprosessit onnistuvat käytännön hoitotyössä?
2. Millaisissa asioissa kotiutusprosessissa ilmenee ongelmia?
3. Miten yhteistyötä voitaisiin kehittää?
4. Miten laituskuntoutusjakso tukee asiakkaan toimintakykyä arjessa?

Opinnäytetyö oli oma henkilökohtainen projektini jonka työelämäkontakti oli oma työpaikkani, Ilveskoti. Tämä lähtökohta motivoi opinnäytetyön tekemiseen. Oman työn kehittämisen ja mielekkyyden kannalta oli tärkeää saada tuloksia joita voidaan käytännössä hyödyntää Ilveskodin hoitotyön kehittämisessä. On myös ammatillisesti haastavaa päästä itse tekemään tulevaisuudessa Ilveskodin kotiutusprosessien kehittämistyötä.

Vaikka kyselyaineisto oli määrällisesti melko pieni, antoi se mielestäni hyvät lähtökohdat arvioida Ilveskodin kotiutusprosessin onnistumista käytännön hoitotyössä. Oman työkokemukseni perusteella minulla oli Ilveskodin työntekijänä omat epäilykseni kotiutusprosessin ongelmakohdista ja ne saivat tämän opinnäytetyön tulosten myötä vahvistusta.

Mielestäni tämän kyselytutkimuksen perusteella voidaan todeta, että Ilveskodin kotiutusprosessit eivät käytännön hoitotyössä toteudu Ilveskodin työohjeiden eikä Valtiokonttorin laatuvaatimukseen nähden riittävän hyvin.

Opinnäytetyössä ilmeni, että suurimmat ongelmat kotiutusprosessissa oli kotioidon ja Ilveskodin välisessä tiedonkulussa. Sitä, johtuivatko ongelmat tiedonkulussa henkilökunnan tietämättömydestä olemassaolevia työohjeita ja laatuvaatimuksia kohtaan, huolimattomuudesta vai kiireestä en tässä opinnäytetyössä pohdi.

Opinnäytetyön kyselyn tulosten mukaan laituskuntoutusjakso näkyi asiakkaan arjen toimintakyvyssä. Kotihoidon työntekijät kuvasivat asiakkaiden olevan virkeämpiä ja omatoimisempia laituskuntoutusjakson tai lyhytaikaisen laitushoitajakson jälkeen. Tähänkin tutkimusongelmaan siis saatiin vastaus tällä opinnäytetyöllä.

Oli myös erittäin palkitsevaa saada kotihoidolta palautetta, siitä että Ilveskodin laituskuntoutusjaksojen tai lyhytaikaisten laitushoitajaksojen jälkeen asiakkaiden toimintakyky kotona on kohentunut, koska juuri sitä varten hoitajat, lääkärit ja fysioterapeutit Ilveskodissa työskentelevät.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut omaa ammatillisuutta ja ammatti-identiteettiäni. Tulokset kannustavat minua kehittämään Ilveskodin toimintaa jatkossa kotiutusprosessien sujuvuuden ja sitä myöten asiakkaiden turvallisuuden parantamiseksi. Ammatillisesti koen arvokkaana sen, että olen saanut itse olla tekemässä tätä opinnäytetyötä työelämälähtöisesti omalle työpaikalleni. Tulevaisuudessa odotan mielenkiinnolla, miten kotiuttamisen kehittäminen käytännön hoitotyössä jatkossa toteutuu.

Opinnäytetyö prosessina on ollut pitkä. Aloitin opinnäytetyön ideoinnin jo talvella 2011 ja kyselyaineistoa kerättiin elokuussa 2011. Teoriaan olen perehtynyt koko prosessin ajan. Olen hakenut tietoa, perehtynyt tutkimuksiin ja etsinyt lisää lähdeaineistoa. Kirjallisen opinnäytetyöraportin kirjoittaminen jäi suurelta osin käytännönharjoitteluiden vuoksi odottamaan parempaa aikaa. Kirjoitusprosessin aika koitti kevättalvella 2012. Opinnäytetyö on prosessina kuitenkin koko ajan elänyt ajatuksissa ja muistikirjoissa. Uskon pitkän työstämisen helpottaneen loppujen lopuksi kirjoittamista, koska mielikuva valmiista työstä oli ehtinyt selkeytyä ajatusten tasolla. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut perusasioita tutkimuksen tekemisestä ja antaa varmasti valmiuksia myös mahdollisten jatkotutkimuksien parissa työskentelyyn tulevaisuuden työelämässä tai jatko-opiskeluiden parissa.

Opinnäytetyön suhteen koen itse tärkeänä sen, että työllä on jokin työelämälähtöinen tarkoitus. Opinnäytetyöhön käytetyt tunnit saadaan tuloksien myötä hyödynnettyä hoitotyön kehittämisenä käytännön hoitotyössä. Pidän henkilökohtaisesti tärkeänä jatkuvaa kehittymistä oman ammatillisuuteni suhteen, mutta pidän myös tärkeänä kehittää hoitotyön toimintoja omassa työssäni laajemmaltikin. Uskon, että tämän opinnäytetyön myötä Ilveskoti saa tarpeellista tietoa siitä, mihin suuntaan kotiuttamiskäytäntöjä lähdetään kehittämään tulevaisuudessa.

LÄHTEET

- Atwal, A. 2002. Nurse's perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal on Advanced Nursing* 39. (5)
- Airaksinen, A & Haapala, M. 2001. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty-
Hoitotyön lähetteen ja kotiutusprosessin kehittäminen kotisairaanhoidon
näkökulmasta. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu Pieksämäen
yksikkö. Pieksämäki.
- Andersson, J., Liedes, S. 2009. Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Es-
poon kotihoidossa. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Espoo.
- Autio, A. 1996. Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilö-
kunnan näkökulma. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.
- Castren, M., Juvakka, E. Schone, A. Turunen, S & Valste, J. 2005. Tietoretki. Porvoo. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Pitkälä, K., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Strandberg, T., Tilvis, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää. *Suomen Lääkärilehti* 42/2007.
- Eriksson, T., Koivukoski, S. Riukka, N. 1999. Hoitotyön loppuarvio turvaa hoidon jatkuvuuden. *Sairaanhoitaja* 72.
- Eriksson, T., Koivukoski, S., Valkonen, N. 1996. Korkeatasoisella hoitotyön kirjaamisella kohti tulevaisuutta. *Sairaanhoitaja* 69.
- Erkinjuntti, T., Rosenvall, A. & Viramo, P. Suomen muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä / Alzheimer- tutkimusseura.
http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/16/MMSE_150210.pdf viitattu 22.4.2012
- Finnish Consulting Group RAVA-koulutusmateriaali. 2012.
<http://www.josek.fi/files/file/Rava%202012%20materiaali.pdf> viitattu 22.4.2012
- Grönroos E, Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja*.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski. Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Hélin, S. 2003 *Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä*. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Jyväskylä. Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita.. Jyväskylä. Gummerrus kirjapaino

Huittinen, V-M. 2003. Sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutus Suomessa. Teoksessa Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu. Geriatri- sen kuntoutuksen tutkimus – ja kehittämishanke. Historiallinen katsaus. Vanhustyön keskusliiton tutkimusraportti 1. Saarijärvi. Gummerrus Oy.

Hägg, T, Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoi- totyö kotona. Helsinki. WSOY.

Ikonen, E-R & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki. Edita Prima.

Johansson, K., Hupli, M. Salanterä S, 2002. Patien's learning needs after hip arthroplasty. Journal of Clinical Nursing.

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

Karppinen, P. 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaala- ta potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kivelä, S. 2006 Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityk- siä.

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002 Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamal- li. Helsinki. Stakes.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substanttiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väi- töskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Laitoshoidon ja osa-aikaisen laitoshoidon käsitteet. 2010a. Valtiokonttori. <http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?contentId=20060> viitattu 22.4.2012

Laitos- ja päivä kuntoutuksen käsitteet, 2010b. Valtiokonttori. <http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?contentId=20060> viitattu 22.4.2012

Lappalainen, T & Turpeinen, A. (toim.) 1998. Auttamistyö kotona. Tam- pere. Tammer-paino.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 8. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

Luhtasaari, M & Jämsen, S. 2010. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan käsikirja 2010. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Markkanen, P. 2004 ”Pyöröovisyndrooma” Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoidon onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.

Määttä, S. & Natunen, L. 2010. Asiakkaan kotiuttaminen – Kotiutusohje Vetrea Terveys Oy:n hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Kuopio.

Paasivaara, L., Nikkilä, J., Voutilainen, P. 2002. Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (toim.), Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki. Stakes.

Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.

Pajukoski, M. 2004 Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa, oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki. Stakes.

Pitkälä, K & Routasalo, P. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys, haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, E., Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki. Tammi.

Penttinen, M & Väisänen, A-M. 2003. Avo- ja laitoshoidon yhteistyö kotiutustilanteissa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäki.

Perälä, M-L. , Grönroos, E., Sarvi, A. , 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki. Stakes.

Perälä, M-L., Hammar, T., 2003. PALKOmalli – palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki. Stakes.

Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan tukemiseksi. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

Roilas, H. 2004. Geriatriksen päivä kuntoutuksen vaikuttavuus. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Räihä, A. 2000. Vanhuksen hyvä kotiutus.

<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/000427.htm> viitattu 27.4.2012

Rönkkö, I & Väisänen, S. 1998. Tavoitteiden määrittäminen hoitotyön kirjallista suunnitelmaa laadittaessa. Arviointi, jatkohoidon suunnitteleminen ja potilaan kotiuttaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere. Tammer- Paino Oy.

Saarela, M & Valvanne, J. 1999. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Duodecim.

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

Sotiemme Veteraanit tänään. 2012.
<http://www.sotiemmeveteraanit.fi/veteraanit> viitattu 22.4.2012

Suomen Kuntaliitto 1996. Itsenäisen toimintakyvyn mittari. (FIM) Versio 3.1. Opas kuntoutuksen seuranta ja arviointijärjestelmään. Helsinki. Kuntaliiton painatuskeskus.

Toimiva-testi. 2005.
<http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?nodeid=16572> viitattu 22.4.201

Tuominen, S.& Uusikylä, L. Ilveskodin työohjeet. 2011a. Laitoskuntoutusasiakkaan kotiutuminen.

Tuominen, S & Uusikylä, L. Ilveskodin hoitofilosofia. 2011b.

Vaarama, M. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/3004.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva. WS Bookwell.

Valtiokonttorin laatuvaatimukset sotaihvalidien laitoshoidolle 2010c.
<http://www.valtiokonttori.fi/Public/default.aspx?nodeid=16254> viitattu 2.5.2012.

Valtiokonttorin laatuvaatimukset sotainvalidien ja rintamaveteraanien laitostuntoutukselle.2010d.
<http://www.valtiokonttori.fi/Public/default.aspx?nodeid=16254> viitattu 10.4.2012.

Vastamäki, J. 2010. Kyselylomaketutkimus: Tutkimusasetelman ja mittausten valinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva. WS Bookwell.

HAMK

HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

OPISKELIJA

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Etu- ja sukunimi Riikka Joona-Kuitunen	Opiskelijanumero 0902609	Puhelin 040-7334679
Koulutusohjelma Hoitotyön ko Suuntautumisvaihtoehto Hoitotyö		
OPINNÄYTETYÖN AIHE Kotiuttaminen Ilveskodista – Kotihoidon yhteistyökumppaneiden näkökulmasta		

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA

Yrityksen/Työyhteisön nimi Kanta-Hämeen Sairaskotisaatiö - Ilveskoti

Opinnäytetyölle nimetyn toimeksiantajaa edustavan ohjaajan yhteystiedot:

Nimi Pirjo Raunio	Osoite Veteraanipolku 3 13600 Hämeenlinna
Puhelin 03-5706132	Sähköposti pirjo.raunio@ilveskoti.com
Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaaminen opinnäytetyön tekijälle (mitä, miten) Työajan käyttö opinnäytetyön tekemiseen	
Mahdollinen korvaus HAMKille (mitä, miten) -	
Opinnäytetyön tavoite ja tavoiteltava hyöty: Aineistoa kotiuttamiskäytäntöjen ja yhteistyön kehittämiseksi.	

OPINNÄYTETYÖN OHJAAVA OPETTAJA (HAMK)

Nimi Päivi Sanerma	Osoite
Puhelin	Sähköposti paivi.sanerma@hamk.fi

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, tämä esitetään varsinaisesta työstä erillisessä tausta-aineistossa. Tausta-aineistoa säilytetään HAMKin koulutusohjelmassa 6 kk opinnäytetyön arvioinnista, minkä jälkeen se tuhotaan, ellei toimeksiantajan kanssa ole muuta sovittu. Tekijänoikeuksista on sovittava kirjallisesti erikseen.

Sovimme seuraavaa mahdollisesta luottamuksellisesta tausta-aineistosta

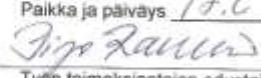
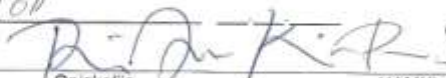
Kyllä <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö sisältää luottamuksellista tausta-aineistoa.
Opinnäytetyön toimeksiantajana pyydän, että seuraavassa perusteltu ja tarkennettu opinnäytetyön tausta-aineisto käsitellään luottamuksellisenä, eikä julkisteta valmiissa opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön digitaalinen julkistaminen

Opinnäytetyön toimeksiantajana olen tietoinen, että mikäli opiskelija antaa luvan, hyväksytyt opinnäytetyöt julkistetaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseuksessa, www.theseus.fi
Theseuksessa julkistetussa opinnäytetyössä toimeksiantajan nimi X saa näkyä <input type="checkbox"/> ei saa näkyä

Tämä sopimus on voimassa _____ saakka.

ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja päiväys 17.6.2011		
		
Työn toimeksiantajan edustaja	Opiskelija	HAMKin koulutusohjelman edustaja / ohjaava opettaja

Tätä opinnäytetyösopimusta on tehty kolme samansisältöistä kappaletta, yksi toimeksiantajalle, yksi opiskelijalle ja yksi koulutusohjelmalle. Sopimus arkistoidaan voimassaoloaika + 3 vuotta.

L4 2010

TOIMINTAKYKYÄ YLLÄPITÄVÄ HOITOSUUNNITELMA *ÄLÄ HÄVITÄHOI*

ASIAKAS ASIAKASLAINEN

HETU XXXXXX XX.XX.2012 - XX.XX.2012
Vahnro: %

SOVEN
KUNTOUTUSJAKSO 14VRK
palaveripvm _____ lä
sh/th/lh

OSOITE

POSTINRO PAIKKAKUNTA

ft
kh

haastattelija:

tt

omahoitajat:

Mukana olevat apuvälineet:

Ilveskodista lainassa:

KUNTOUTUMISEN KOKONAISTAVOITE, pvm/kirjaaja

JAKSON TAVOITE, pvm/kirjaaja

KUNTOUTUJAN NYKYTILANNE: (asuminen, adl-toiminnot, liikkuminen, sairaudet)

ONGELMAT:

AVUN TARVE:

ASIAKKAAN TAVOITTEET KUNTOUTUSJAKSOLLE:

HOITOTYÖN TAVOITTEET:

HOITOTYÖN KEINOT:

VÄLIARVIOINTI pvm: hoitaja:

LOPPUARVIOINTI pvm: hoitaja:

TARVITTAVAT YHTEYDENOTOT, pvm / vastuuhenkilö

PALUUKYYTI JAKSON LOPUTTUA



HOITAJAN SAATE
KOTIUTUKSEEN

NIMI:	SYNT. AIKA		
OSOITE:	PUH:		
LÄHIOMAISET:	ALLERGIAT:		
JAKSON SUJUMINEN ILVESKODISSA: (onko ollut jakson aikana hoidossa muualla, miksi jne...)			
LIKKUMINEN, HAAVANHOIDOT:	ADL-TOIMINNOT,	HYGIENIANHOITO,	
PESEYTYNYT:	VATSA TOIMINUT:		
LÄÄKEMUUTOKSET AIKANA:	JAKSON	Jakolista mukana:	
INR	SEUR.INR		
JAKSON TUTKIMUKSET:	AIKANA	TEHDYT	
RR + P	PITUUS	PAINO	CRP
GLUK	U-STIX	LÄMPÖ	SPo2
MMSE	GDS	CDR	
MUUTA:			
PVM :	HOITAJA:	PUHELIN:	


**HOITAJAN SAATE -
SAIRAALAAN**

NIMI:	SYNT. AIKA		
	VAHINKONRO:		
OSOITE:	PUH:		
LÄHIOMAISET:	ALLERGIAT:		
SAIRAALAAN LÄHETTÄMISEN SYY:			
TOIMINTAKYKY: (Liikkuminen, ADL-toiminnot, hygienianhoito, haavanhoito)			
VATSA TOIMINUT:			
LÄÄKITYS: (Mitä saanut esim. tarvittavista)		Jakolista mukana:	
INR	SEUR.INR		
TEHDYT TUTKIMUKSET:			
RR + P	PITUUS	PAINO	CRP
GLUK.	U-STIX	LÄMPÖ	SPo2
MMSE	GDS		
MUUTA:			
PVM :	HOITAJA:	PUHELIN:	

KOTIUTUSTILANTEEN MUISTILISTA (Laita viivalle PVM ja Nimikirj.)

Suunniteltu kotiutuspäivä _____
Omaisille ilmoitettu _____

Kotikäynti tehty (Ft, TT) _____

Kotihoidon/kotisairaanhoidon tarve kyllä___ ei___

Kotihoitoon ilmoitettu _____

Kotisairaanhoitajalle ilmoitettu _____

KOTIHOIDON, OMAISTEN JNE. KANSSA SOVITUT ASIAT KIRJATTAVA AINA HOIDONSEURANTA LEHDELLE

Lääkelista päivitetty ajan tasalle _____
Marevanlista _____

Reseptit uusista lääkkeistä annettu _____
Uusitut reseptit _____

Lääkkeitä jaettu mukaan kotiin _____ - _____

Hoitajanlähete tehty _____
Hoito-ohje(haava) tehty _____

Rahat/arvoesineet luovutettu _____
(kassakaapista)

Kotikytyi sovittu kyllä___ ei___

Omainen hakee, milloin _____

Taksikytyi_____ Taksikortit annettu_____

Kelan matkakorvauslomake kirjoitettu_____

Yöpöydän laatikon avain palautettu huoneeseen _____

Tallelokeron avain palautettu huoneeseen _____

**ENNEN KOTIUTUSTA VARMISTETTAVA, ETTEI ILVESKOTIIN
(hoito- tai pyykkihuoneeseen) JÄÄ ASIAKKAAN LÄÄKKEITÄ,
VAATTEITA YM.**

HYVÄ KOTIHOIDON / PALVELUASUMISEN TYÖNTEKIJÄ!

Opiskelen Hämeen Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Työskentelen tällä hetkellä Ilveskodissa lähihoitajana ja opinnäytetyöni aiheena on vanhusten kotiuttaminen Ilveskodista. Ilveskoti kuntouttaa ja hoitaa sotainvalideja, muita sotiemme veteraaneja, heidän puolisoita ja leskiään sekä muita Hämeenlinnalaisia vanhuksia. Haasteena on kehittää nykyisen asiakaskunnan palveluita, laitoshoidtoa ja kotona asumisen tukemista ja vaativampaa kuntoutusta ja etsiä tähän työhön uusia menetelmiä.

Asiakaskuntamme ikääntyessä lisäänty mielestäni myös tarve lisätä yhteistyötä kotihoidon välillä, jotta saisimme turvattua hoidon jatkuvuuden kodin ja Ilveskodin välillä. Sen vuoksi valitsin opinnäytetyöni aiheeksi vanhusten kotiuttamisen Ilveskodista.

Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää, miten asiakkaiden kotiuttaminen Ilveskodista tällä hetkellä sujuu asiakkaita vastaanottavan tahon eli kotihoidon / palveluasumisen työntekijöiden näkökulmasta hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voisimme kehittää Ilveskodin kotiuttamiskäytäntöjä yhtenäisemmiksi sekä parantaa yhteistyötä Ilveskodin ja kotihoidon välillä.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan oheisen kyselylomakkeen kysymyksiin ja lähettämään kyselyn minulle takaisin oheisessa palautuskuoressa. Kysymykset ovat lyhyitä ja vastaaminen vie vain kymmenisen minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta jokaisen vastaajan osuus on tärkeä. Toivon, että vastaatte kysymyksiin pikaisesti, kuitenkin XX.XX.XXXX mennessä.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäistä vastaajaa pystytä erottamaan.

Opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä voi esittää sähköpostitse osoitteeseen riikka.joona-kuitunen@student.hamk.fi tai puhelimitse numeroon 040-7334679.

Kiitos vastauksestasi jo etukäteen ja mukavaa kesän jatkoa!

KYSELY KOTIHOITOON

Vanhusten kotiuttaminen Ilveskodista kotihoidon / palveluasumisen henkilökunnan kuvaamana

1) Ammattinimikkeesi

- Terveydenhoitaja
- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Perushoitaja
- Kodinhoitaja
- Kotiavustaja

2) Ikäsi

- 18-30 vuotias
- 31-40 vuotias
- 41-50 vuotias
- 51-60 vuotias
- yli 61-vuotta

3) Työkokemuksesi kotihoidossa / hoitotyössä?

- 0-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- yli 20 vuotta

4) Miltä jaksolta asiakkaasi Ilveskodista kotiutui?

- Lyhytaikainen / osa-aikainen laitoshoido (Interval - jaksot)
- Laitoskuntoutus
- Ortopedisten potilaiden kuntoutus

5) Oliko asiakkaanne henkilökohtaiset tavarat (vaatteet, henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät tavarat) asianmukaisesti pakattu? Tuliko jaksolta kotiin kaikki reseptit, lääkkeet, lääkeannostelijat ja arvoesineet?

- Kyllä
- Ei

Palautetta henkilökunnalle:

6) Laitettiin ko asiakkaan mukana seuraavat kotiuttamisasiakirjat / postitse

Hoitajan saate

- Kyllä
- Ei

Oliko saatekirje mielestänne täytetty asianmukaisesti ja sisälsikö se mielestäsi asianmukaista ja tarpeellista tietoa? Entä jotain tarpeetonta?

Lääkelista

- Kyllä
- Ei

Oliko lääkelista ajantasainen ja mahdolliset lääkemutokset merkitty selkeästi? Oliko uusista, jakson aikana aloitetuista lääkkeistä mukana reseptit ja oliko lääkettä laitettu aloitusannos asiakkaalle mukaan?

Marevan- seurantakortti (vastaa tähän, jos asiakkaalla Marevan-lääkitys)

- Kyllä
- Ei

Tuore INR-arvo tiedoksi kotihoitoon

- Kyllä
- Ei

Seuraavan INR-kontrollin ajankohta



Kyllä

Ei

Reseptit (käytössä olevat, uusitut ja uudet)

Kyllä

Ei

– Jos jotain puuttui, niin mitä?

7) Ottiko Ilveskodin henkilökunta puhelimitse yhteyttä kotiutukseen liittyen / asiakkaan jakson sujumisesta / lääkemuutoksista kertoakseen?

Kyllä

Ei

8) Toivoisitko kotihoidon/ palveluasumisen henkilökunnan näkökulmasta yhteydenottoa Ilveskodista ennen asiakkaan kotiutumista?

Kyllä

Ei

9) Onko Teillä tiedossa, että Ilveskodissa asiakkaan kuntoutustyöryhmässä työskentelee lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja / terveydenhoitaja ja ravitsemusterapeutti (tarvittaessa)?

Kyllä

Ei

10) Kokisitteko hyödylliseksi, jos asiakkaan esitietolomakkeessa olisi liite, johon kotihoidon/palveluasumisen työntekijä voisi viestittää Ilveskodille asiakkaan terveydentilaan/ kotona pärjäämiseen liittyviä asioita / huolenaiheita/ kuntoutumistoiveita, joihin moniammatillinen työryhmä voisi jakson aikana puuttua?

Kyllä

Ei

Kommentteja, ehdotuksia:

11) Onko kuntoutusjaksolla/ lyhytaikaisella laitoshoidon jaksolla mielestänne asiakkaan toimintakykyä / kotona selviytymistä tukeva vaikutus?

Kyllä

Ei

Miten se näkyy asiakkaan arjessa?

**12) Tuleeko kotihoitoon / asumispalvelu yksikköön tiedoksi asiakkaiden jatko-
hoito-ohjeet, esim. asiakkaiden terveydentilan seurantaan liittyen? (Poikkeavat laboratoriotulokset, verenpaine seuranta jne...)**

Kyllä

Ei

13) Tuleeko kotihoitoon / asumispalvelu yksikköön tiedoksi postin välityksellä loppuyhteenveto (=lääkärinlausunto + fysioterapian loppuyhteenveto)?

Kyllä

Ei

14) Kaipaisitteko kotihoitoon / asumispalvelu yksikköön tiedoksi fysioterapian terveisiä jakson sujumisesta?

Kyllä

Ei

15) Miten kehittäisitte yhteistyötä Ilveskodin ja kotihoitoon/ palveluasumisen välillä asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi / parantamiseksi? Hyödyttäisikö tiedonkulkua esim. asiakkaan mukana kulkeva vihko? Kehittämishdotuksia, ideoita.

Kotiuttaminen Ilveskodista

Kiitos vaivannäöstänne ja vastauksistanne! 😊

