
KOTIIN SAIRAALASTA -TIIMIN TOIMINNAN ASIAKASLÄHTÖISYYS JA VAIKUTTAVUUS



HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 28.11.2012

Annika Lindström



Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä

Annika Lindström

Vuosi 2012

Työn nimi Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Forssan kotihoidon Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan vaikuttavuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan kehittämiseen.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkaiden (N=20) toimintakykyä, joka oli mitattu kvantitatiivisilla mittareilla (RAVA-toimintakykymittari ja Arjessa selviytymisen profiili) asiakkuuden alussa ja lopussa. RAVA-toimintakykymittarin ja Arjessa selviytymisen profiilin tulokset analysoitiin ja esitettiin kaavioissa ja taulukoissa sekä kokonaislukuina että prosentiosuuksina. Toisena menetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista menetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavat (N=6) olivat Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkaita.

RAVA-toimintakykymittarin mukaan asiakkaat tarvitsivat eniten apua liikkumiseen, lääkehoitoon ja peseytymiseen. RAVA-toimintakykymittarin mukaan asiakkaiden toimintakyky on parantunut tai huonontunut tai pysynyt ennallaan. Arjessa selviytymisen profiilin mukaan asuinympäristö oli suurimmalla osalla toimiva ja suurimmalla osalla taloudellisessa tilanteessa ei näyttänyt olevan ongelmia. Eniten apua he tarvitsivat sairaanhoitoon. Arjessa selviytymisen profiilin mukaan asiakkaiden toimintakyky joko pysyi ennallaan tai muuttui lähes aina paremmaksi.

Asiakaslähtöisyys toteutui osittain ja asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä Kotiin sairaalasta -tiimin toimintaan. Kotiutuminen onnistui lähes kaikilla ja heidän omat kokemuksensa kotona selviytymisestä olivat pääosin positiivisia. Kaikilla asiakkailla jatkui kotihoito.

Avainsanat asiakaslähtöisyys, toimintakyky, toimintakyvyn mittari, kotiutuminen, kotona selviytyminen

Sivut 30 s + liitteet 9 s

Forssa
Nursing degree programme
Nursing

Author

Annika Lindström

Year 2012

Subject of Bachelor's thesis Home from the hospital team's function of customer orientation and effectiveness

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study the effectiveness and customer orientation in function of Home from the hospital -team in Forssa. The aim of the thesis was to produce information for the Home from the hospital -team in order to develop it.


The capacity had been measured with the Home from the hospital -team's clients (N= 20), which had been measured with quantitative capacity meters (RAVA-function meter and Arjessa selviytymisen profiili, Management of everyday functions) at the beginning and at the end of the custom. Data of the RAVA-function meter and Arjessa selviytymisen profiili was analyzed and presented both in charts and tables as whole numbers and percentages. The second method which was used in this thesis was the qualitative method. The theme interview was used as the material collection method. Interviewees (N= 6) were clients of the Home from the hospital -team.

According to RAVA-function meter clients needed the most help to movement, to medical treatment and to washing. According to RAVA-function meter the capacity of clients is improved or worsened or remained unchanged. According to Arjessa selviytymisen profiili the majority had a functional living environment and the majority did not seem to have problems in the economic situation. They need most help for medical care. According to Arjessa selviytymisen profiili the capacity of the clients either remained unchanged or changed almost always for the better.

Customer orientation was realized in part and clients were mostly satisfied with the Home from the Hospital -team. The discharge succeeded in nearly every case and their experiences in coping at home were mostly positive. Home care continued all clients.

Keywords customer orientation, capacity, capacity meter, discharge, coping at home

Pages 30 p + appendices 9



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	2
2.1	Asiakaslähtöisyys palvelujen järjestämisessä	3
2.2	Kotihoidon asiakkaiden palveluiden tarve ja tyytyväisyys palveluihin	3
3	KOTONA ASUMISTA TUKEVAT KOTIHOIDON PALVELUT	5
3.1	Kotihoito Forssan kaupungissa	5
3.2	Sairaalasta kotiutuminen ja Kotiin sairaalasta -tiimi.....	5
4	TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TOIMINTAKYVYN MITTARIT.....	7
4.1	Fyysinen toimintakyky	7
4.2	Psyykinen toimintakyky	7
4.3	Sosiaalinen toimintakyky	8
4.4	RAVA-toimintakykymittari	8
4.5	Arjessa selviytymisen profiili.....	9
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	10
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	10
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	10
6.2	Kvalitatiivinen teemahaastattelu ja sisällönanalyysi.....	11
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	11
6.4	Opinnäytetyön eettisyys	13
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	14
7.1	Toimintakyvyn arviointi ja muutokset toimintakyvyssä.....	14
7.1.1	RAVA-tulokset.....	15
7.1.2	Arjessa selviytymisen profiilin tulokset	18
7.2	Haastateltavien kokemukset asiakaslähtöisyydestä	20
7.2.1	Haastateltavien taustatiedot	20
7.2.2	Kokemuksia kotiutumisesta.....	20
7.2.3	Asiakkaan huomioiminen asiakkuusaikana.....	20
7.2.4	Kokemuksia palveluista.....	21
7.2.5	Asiakkaiden odotuksia.....	22
7.2.6	Asiakkaiden selviytyminen kotona.....	22
7.2.7	Asiakkaiden palvelut tiimin toiminnan jälkeen	23
8	POHDINTA.....	24
8.1	Tulosten tarkastelu	24
8.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	26
	LÄHTEET	27

- Liite 1 Kysymyksiä teemahaastatteluun
- Liite 2 Suostumuslomake
- Liite 3 RAVA-toimintakykymittari
- Liite 4 Arjessa selviytymisen profiili
- Liite 5 Arjessa selviytymisen profiilin arvioinnit
- Liite 6 Sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

Valtakunnallinen tavoite on, että ikääntyneet asuisivat kotona mahdollisimman pitkään. Yhteiskunnan näkökulmasta on tärkeää tukea ikääntyneiden kotona asumista, jotta ikääntyneiden määrän jatkuvasti kasvaessa voidaan vastata entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Iäkkäiden kotona asumista voidaan tukea järjestämällä asiakkaan kotona selviytymistä tukevia laadukkaita ja asiakaslähtöisiä palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Perusturvalautakunta 2010.) Tutussa ympäristössä ikääntynyt selviytyy parhaiten arjen rutiineista ja kotona asumisen tulisi olla ikääntyneen oma valinta, kun hänen toimintakykynsä heikkenee (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 37). Selviytyäkseen kotona ikääntyneet kokevat tarvitsevänsä yhä enemmän apua muun muassa raskaiden kotitaloustöiden tekemisessä, asioinnissa ja liikkumisessa yleensä (Heinola 2007, 19).

Asiakkaan onnistuneeseen kotiutumiseen panostamalla voidaan tukea asiakkaan nopeaa kuntoutumista ja sen kautta kotona asumista mahdollisimman pitkään (Jussila 2011). Joillakin paikkakunnilla on kotiutustiimi, joka toimii yhteistyössä kotihoidon kanssa. Kotiutustiimin tavoitteina ovat mahdollisimman hallittu ja nopea kotiutuminen sairaalasta, laitoshoidon estäminen ja pysyvän laitoshoidontarpeen lykkääminen. (Hägg, Ivanoff-Lahtela, Rantio, Suikki & Vuori 2007, 50, 60.) Forssan kaupungissa toimii Kotiin sairaalasta -tiimi, joka on yksi Forssan kaupungin kotihoidon tiimeistä. Tiimin toiminta ei rajoitu pelkästään vain asiakkaan kotiuttamistilanteeseen vaan asiakkuus tiimissä kestää noin kaksi viikkoa, jonka aikana se tarjoaa tarpeenmukaista päivittäistä hoitoa, tukipalveluja, kuntoutusta ja toimittaa tarvittavat apuvälineet asiakkaalle kotiin.

Tämän opinnäytetyön aiheena oli Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan vaikuttavuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota on mahdollista hyödyntää Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkaiden toimintakykyä ja sen muutosta toimintakyvyn mittareiden (RAVA-toimintakykymittari ja Arjessa selviytymisen profiili) tulosten avulla. Kvalitatiivisessa teemahaastattelussa kartoitettiin Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkaiden kokemuksia asiakaslähtöisyydestä.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisyyden perustana on, että asiakas nähdään kokonaisuutena (Järnström 2011). Asiakaslähtöisyyden lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisestä välittäminen. Asiakas on ainutlaatuinen yksilö, joka kohdataan aktiivisessa ja yhdenvertaisessa roolissa. Asiakaslähtöiseen toimintaan kuuluu se, että asiakkaan on mahdollisuus osallistua voimavarojensa mukaisesti asioidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen, hänen itsemääräämisoikeutensa pääsee toteutumaan ja hänellä on mahdollisuudet vaikuttaa asioidensa kulkuun. Asiakaslähtöisessä työskentelyotteessa otetaan omaiset ja muut tärkeät tahot mukaan jo aikaisessa vaiheessa asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30.) Lainsäädännössä ja suosituksissa korostetaan myös asiakaslähtöisyyttä, sillä se on palvelujen jatkuvan kehittämisen tärkein periaate (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; Niemi 2006).

Vanhusten kanssa työskenneltäessä täytyy ottaa huomioon se, että toisinaan asiakkaana on vanhuksen itsensä sijaan useampi omainen. Omaiset tulee ottaa mukaan vanhusten hoitoprosessiin edellyttäen, että vanhus mielipiteineen on etusijalla. Vasta vanhuksen tarpeiden ja toiveiden tunnistamisen jälkeen asiakkaalle voidaan laatia realistinen jatkosuunnitelma. On tärkeää neuvotella, sillä kaikki eivät voi saada kaikkea. (Järnström 2011.)

Kotihoidon kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi vaatii tuekseen systemaattisesti kerättyä tietoa asiakkaiden kokemasta palvelun laadusta, palvelujen tarpeen vastaavuudesta, hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltyjen palvelujen toteutumisesta sekä asiakkaisiin kohdistuvista vaikutuksista. Esimerkiksi palvelujen tuottamat tulokset asiakkaan toimintakykyyn ja terveydentilaan kuuluvat asiakkaisiin kohdistuvien vaikutusten arviointiin. (Heinola 2007, 18.)

Asiakaslähtöisemmällä toimintamalleilla voidaan parantaa hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden, että myös työntekijöiden tyytyväisyyttä. Sosiaali- ja terveyssektorilla asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää toiminnan arvoperustana, jonka mukaan asiakkaita kohdellaan ihmisarvoisina yksilöinä. Asiakaslähtöisyyden merkittävä piirre on, että palvelut järjestetään toimiviksi asiakkaan tarpeista lähtien, eikä vain organisaation. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisi alkaa asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä sekä olla vastavuoroista. (Ahonen, Lamminmäki, Suoheimo, Suokas & Virtanen 2011.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyys on merkittävässä asemassa. Monissa sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatioissa palveluita luodaan ja kehitetään kuitenkin omien intressien mukaan, eikä asiakkaiden todellisten tarpeiden pohjalta. Tämä takia palveluiden käyttäjien kokemukset ja näkemykset asiakaslähtöisyydestä ovat erilaisia kuin organisaation. Asiakkaalle sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaslähtöisyys tarkoittaa

taa sitä, että palveluiden tarjonta kohtaa asiakkaan tarpeet palvelutilanteessa. (Ahonen ym. 2011.)

2.1 Asiakaslähtöisyys palvelujen järjestämisessä

Ikäihmisten palvelutarvetta on pyritty arvioimaan kysymällä sitä sekä heiltä itseltään että mittaamalla heidän ongelmia ja avun tarvetta (Finne-Soveri, Heinola & Vilkkö 2010). Kotipalvelun asiakkaiden kokemuksia saamastaan kotipalvelun avusta on kuitenkin tutkittu vähän (Ikonen 2011).

Vanhuksen itsemääräämisoikeus toteutuu hyvin, kun hän saa olla päättämässä, mitä kotihoidon palveluja hän voi käyttää. Luottamus syntyy kotihoidon arjen onnistumisena ja varmuutena siitä, että asiakasta hoidetaan aina silloin, kun tarve vaatii. (Keipilä 2008.) Arven, Elorannan ja Routasalon (2009) tutkimuksessa ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeus toteutui siten, että hoidon ja palvelun alkaessa he saivat vaikuttaa niiden järjestämiseen, varsinkin käyntien määrään. Niemen (2006) tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajien mukaan asiakkaat joskus siirtävät itsemääräämisoikeuteen kuuluvan päätöksenteko-oikeutensa hoitajalle. Päätöksenteko-oikeuden luovuttaminen esiintyi tilanteissa, joissa asiakas arvioi hoitajan tietävän asiasta itseään enemmän tai valinta oli hänelle itselleen samantekevä. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi päätös sairaalahoitoon siirtymisestä toimintakyvyn alentuessa tai uuden lääkityksen aloittaminen (Niemi 2006).

Asiakaslähtöistä toimintaa on se, että asiakas yhdessä työntekijän kanssa osallistuu hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen, tarkistamiseen ja muuttamiseen (Haverinen & Päivärinta 2002). Myös laissa sanotaan, että hoito- ja palvelusuunnitelma on tehtävä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 7§). Keipilä (2008) omassa tutkimuksessaan päätteli, että Hyvinkään kaupungin kotihoidon asiakkaille (N= 8) tehtiin hoito- ja palvelusuunnitelmat, mutta he eivät saaneet tarpeeksi informaatiota siitä, jotta he olisivat ymmärtäneet mikä se on. Jokainen asiakas kuitenkin sai tarvitsemansa palvelut (Keipilä 2008).

2.2 Kotihoidon asiakkaiden palveluiden tarve ja tyytyväisyys palveluihin

Ikosen (2011) tutkimusten vastauksista oli luettavissa ikääntyneiden kaipaavan kiireetöntä apua arjen rutiineissa. Vuonna 1966 aloitetussa kunnallisessa kodinhoitajatoiminnassa tärkein seikka oli juuri kiireettömyys ja osaaminen, mikä on vierasta nykyisessä kotihoidon toiminnassa (Ikonen 2011). Kolmessa muussakin tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat pitivät kotihoidon työntekijöitä liian kiireisinä (Arve ym. 2009; Hertto, Luoma, Manninen, Mukkila ja Vaarama 2006; Valta 2008).

Kotihoidon asiakkaat toivoivat vähemmän työntekijöiden vaihtuvuutta. (Hertto ym. 2006.) Työntekijöiden vaihtuvuus nähtiin ongelmalliseksi myös Niemen (2006) pro gradu -tutkielman tulosten mukaan. Arven ym. (2009) tutkimustulosten mukaan työntekijöiden suuri vaihtuvuus aiheutti epävarmuutta asiakkaille.

Ikonen (2011) haastatteli tutkimuksessaan syrjäseudun ikääntyneitä kotipalvelun asiakkaita (N= 8) ja sai tulokseksi, että ikääntyneet tarvitsivat sairaan- ja kodinhoidollisia palveluita. Asiakkaat saivat apua muun muassa sairaanhoitoon ja lääkehoitoon. Asiakkaat käyttivät myös yksityisten yritysten tarjoamia palveluja. Kotiin annettavista palveluista ikääntyneet kotipalvelun asiakkaat käyttivät ruoka- ja kylvetyspalvelua ja huonokuntoisimmat käyttivät siivouspalvelua. Myös parempikuntoiset olisivat tarvinneet siivouspalvelua, mutta he eivät sitä saaneet. Lisäksi vastauksista nousi selkeästi esille myös entisen kodinhoitajan tarve. (Ikonen 2011.) Myös Hertton ym. (2006) sekä Paljärven (2012) tutkimuksesta selviää, että asiakkaat olisivat tarvinneet siivouspalveluita kotihoidolta.

Ikosen (2011) tutkimustulosten mukaan ikääntyneistä haastateltavista (N= 8) kuusi sai lapsiltaan apua virka-asioiden hoidossa ja Vallan (2008) tutkimustulosten mukaan kotona asuvat ikääntyneet (N=20) saivat eniten sosiaalista tukea niin lapsilta kuin sukulaisiltakin. Ikääntyneet saivat apua lapsilta muun muassa talouden hoitoon, tukea raskaisiin tilanteisiin ja apua sosiaali- ja terveystalouden saamiseen. Lähiomaisilta he saivat apua käytännön asioiden hoitamiseen, tavaroiden kuljettamiseen ja hankkimiseen. (Valta 2008.)

Yli 80 prosenttia Helsingin kotihoidon asiakkaista oli vähintään melko tyytyväisiä ja kolmannes erittäin tyytyväisiä saamaansa kotihoitoon. Vain kuusi prosenttia kotihoidon asiakkaista oli melko tai hyvin tyytymättömiä Helsingin kaupungin kotihoitoon. (Hertto ym. 2006.) Samansuuntaisia tuloksia sai myös Paljärvi (2012) 15 vuoden seuranta tutkimuksessaan, sillä Kuopion kotihoidon asiakkaat olivat melko tai erittäin tyytyväisiä kotihoitoon eri seurantavuosina. Myös Vallan (2008) tutkimuksesta selviää, että ikääntyneet ovat tyytyväisiä kotipalvelun ja ateriapalvelun antamaan apuun. Ikosen (2011) pro gradu -tutkielma antoi päinvastaisia tuloksia, sillä sen mukaan nykyinen kotipalvelun palvelujärjestelmä ei tuottanut laadukkaita palveluita, johon vanhuksat olisivat olleet tyytyväisiä. Haastattelut kuitenkin kokivat kaikki palvelut tärkeiksi Ikosen (2011) tutkimuksen mukaan.

Asiakkaan, omaisten ja työntekijöiden mielestä eri vuosina parhaiten toteutui se, että Kuopion kotihoidon asiakas oli saanut tarvitsemansa avun ja heikoiten toteutui ratkaisun löytäminen asiakkaiden tarpeisiin (Paljärvi 2012). Ikosen (2011) tutkimustulosten mukaan taas palvelut eivät vastanneet asiakkaiden tarpeita ja asiakkaiden toiveita palveluiden suhteen ei aina kuunneltu. Lisäksi palveluiden korkea hinta oli kielteinen asia. Haastateltujen vastauksista korostui, että kotipalvelun palvelujärjestelmän tuotta-

van vain osan niistä palveluista, joita he tarvitsevat. Negatiivisena asiana Hertton ym. (2006) tutkimuksesta selviää, että lähes kaikissa toiminnoissa oli palveluita liian vähän.

3 KOTONA ASUMISTA TUKEVAT KOTIHOIDON PALVELUT

Osassa kunnista terveyskeskukset tuottavat kotisairaanhoidon palveluita ja osassa kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidoksi. Yhdistetyssä kotihoidossa kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen työntekijät toimivat yhteisissä tiimeissä. Kotihoidon palvelut on tarkoitettu kaiken ikäisille, mutta pääasiassa vanhuksat käyttävät niitä. (Hägg ym. 2007, 16.)

3.1 Kotihoito Forssan kaupungissa

Forssan kaupungin kotihoito koostuu sosiaalihuoltolain mukaisista kotipalveluista ja Kansanterveyslain tarkoittamasta kotisairaanhoidosta. Kotihoidon moniammatillinen henkilöstö avustaa ikääntyviä kotiaskareissa sekä antaa tuki-, hoiva-, perushoito- ja sairaanhoitopalveluja, jotka tukevat asiakkaan itsenäistä selviytymistä. (Perusturvalautakunta 2010.) Kotihoidon tukipalveluihin kuuluu ateria-, kylvetys- ja turvapuhelinpalvelu. Kotihoidon asiakas voi halutessaan myös saada Forssan kaupungilta esimerkiksi kuljetuspalveluita, apuvälineitä ja hoitotarvikkeita. Hän voi käyttää myös yksityisiä siivouspalveluja ja sotainvalidien ja -veteraanien avustajatoimintaa kotihoidon lisäksi. (Forssan kaupunki 2012.)

Forssan kotihoidossa on toiminut Kotiin sairaalasta -tiimi, Apua elämän murroskohdissa -tiimi vuoden 2010 lopulta lähtien ja Buusteri-tiimi vuoden 2011 alusta lähtien. Näissä tiimeissä palveluohjaus lähtee asiakkaan tarpeista, jolla pyritään asiakaslähtöisyyteen. Asiakkuus alkaa kotihoidon tiimeissä silloin, kun asiakas kokee tarvitsevansa jonkinlaista apua. Kotihoitoon kuuluu lisäksi Ikäihmisten tiimi, jolloin asiakkuus alkaa asiakkuuskriteereiden täyttymisellä ja kokonaistarpeen arvioinnilla. (Jussila 2011.)

3.2 Sairaalasta kotiutuminen ja Kotiin sairaalasta -tiimi

Lääkäri päättää sairaalasta kotiuttamisesta ja kotihoidon tarpeesta, kun hän on arvioinut yhdessä muun terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa asiakkaan sairaanhoidon tarpeen. Kotipalveluja voidaan antaa asiakkaalle kotipalveluohjaajan viranomaispäätöksenä. Kotiuttamistilanteen ihannetilanne muodostuu, kun asiakkaan kotiutus suunnitellaan alusta alkaen huolellisesti yhdessä asiakkaan, hänen omaistensa, sairaalahenkilökunnan ja avohoitohenkilökunnan kanssa. (Hägg ym. 2007, 49.)

Sairaalasta kotiutumisen suunnittelu olisi hyvä aloittaa jo silloin kun asiakas joutuu sairaalaan (Hägg ym. 2007, 49). Hammar (2008) myös toteaa,

että onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä ovat yhteiset hoitoperiaatteet, hyvä tiedonkulku eri tahojen välillä ja toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

Kotiutusprosessin tarkoituksena on asiakkaan vaivaton siirtyminen sairaalasta kotiin tai toiseen hoitolaitokseen. Asiakkaiden ja omaisten mielestä sujuva kotiutuminen toteutuu silloin, kun heitä on kohdeltu yksilöllisesti, he ovat saaneet ottaa osaa päätöksentekoon, asiat on esitetty heille vähitellen ja kotiutuminen on toteutunut rauhallisesti. Kun taas epäonnistunut kotiutuminen johtuu valmistelemattomasta kotiutuksesta ja puutteellisesta asiakaslähtöisestä yhteistyöstä ja tiedonvaihdosta sairaalan ja kotihoidon työntekijöiden kesken. Ongelma on varsinkin niiden potilaiden kohdalla, joilla on monia palvelutarpeita ja monenkirjava palvelukokonaisuus. (Hammar 2008.) Sairaalasta tai muusta hoitolaitoksesta kotiutuminen ei ole aina onnistunut, sillä useiden aikaisempien tutkimusten mukaan osa potilaista palaa sairaalaan tai kulkee edestakaisin sairaalan ja kodin välistä matkaa (Hägg ym. 2007, 49).

Kotiin sairaalasta -tiimi koostuu yhdestä sairaanhoitajasta ja viidestä lähihoitajasta. Tiimin tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan kotiutuminen sairaalasta mahdollisimman nopeasti ja turvallisesti. Tiimin tavoitteena on asiakkaan nopea kuntoutuminen ja sen kautta selviytyminen kotona itsenäisesti mahdollisimman pitkään ja tiimin prosessin päätavoitteena on laitoshoitokierteen estäminen. (Jussila 2011.)

Asiakas ohjautuu suoraan Kotiin sairaalasta -tiimiin SAS-työryhmän arviointiperusteella, mikäli asiakas tarvitsee uutena asiakkaana kotihoidon palveluita. Kotiin sairaalasta -tiimin henkilökunta tekee arviointikäynnin asiakkaan kotiutuspäivänä sairaalaan tai asiakkaan kotiutumisen jälkeen asiakkaan kotiin, jolloin arvioidaan ensimmäisen kerran asiakkaan toimintakykyä RAVA-, Arjessa selviytymisen profiili -mittareilla ja tarvittaessa MMSE-muistitestillä (Mini-Mental State Examination). Samana päivänä Kotiin sairaalasta -tiimin henkilökunta yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa tekee hoito- ja palvelusuunnitelman sekä palvelusopimuksen, jolloin tiimin asiakkuudesta tehdään päätös. (Jussila 2011.)

Asiakkaan asiakkuusaika Kotiin sairaalasta -tiimissä kestää noin kaksi viikkoa, jonka aikana tiimi tarjoaa tarpeen mukaista päivittäistä hoitoa, tukipalveluja, kuntoutusta ja toimittaa tarvittavat apuvälineet asiakkaalle kotiin (Jussila 2011).

Asiakkuusajan päättymispäivänä Kotiin sairaalasta -tiimin henkilökunta tekee asiakkaalle toisen kerran toimintakyvyn mittaukset (RAVA-toimintakykymittari, Arjessa selviytymisen profiili ja tarvittaessa MMSE). Kotiin sairaalasta -tiimin prosessin jälkeen asiakkuus päättyy omatoimisuuteen ilman apuja ja kotona pärjäämiseen tai asiakas siirtyy Ikäihmisten tiimiin. (Jussila 2011.)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TOIMINTAKYVYN MITTARIT

Toimintakyky tarkoittaa henkilön kykyä selviytyä päivittäisen elämän hänelle asettamista haasteista, kuten itsestä huolehtimisesta, työstä, harrastuksista ja vapaa-ajasta (Karppi 2009). Toimintakyky jaetaan osa-alueisiin, jotka ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky (Heimonen & Pohjolainen 2009, 9). Ikääntyvillä avun tarve kasvaa toimintakyvyn heikkenemisen takia. Esimerkiksi 80–84-vuotiaat tarvitsevat vähemmän apua kuin 90-vuotiaat (Finne-Soveri, Muuri & Vilkkö 2010). Kotona asuvan ikääntyneen selviytyminen arjen rutiineista ja sosiaalisten suhteiden ylläpidosta ovat pitkälti yhteydessä hänen toimintakykynsä (Heinola 2007, 36). Toimintakykyä mittaamalla voidaan arvioida asiakkaiden palvelujen tarve (Haverinen & Päivärinta 2002).

4.1 Fyysinen toimintakyky

Yleisesti fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elimistön toiminnallista kykyä selviytyä erilaisista fyysisistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Fyysinen toimintakyky liittyy hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. Lisäksi fyysiseen toimintakykyyn ovat yhteydessä havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa esiintyvät muutokset. (Heimonen & Pohjolainen 2009, 48.)

Ikääntyvillä fyysinen toimintakyky usein laskee iän mukana tulevien biologisten muutosten kuten lihasmassan pientymisen, koordinaatiokyvyn heikentymisen, luuston heikkenemisen ja aistitoimintojen kuten kuulon huonontumisen takia (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 111–124, 167–173). Toimintakyvyn rajoitukset alkavat yleistyä ja pahentua keskimäärin 75 ikävuoden jälkeen (Haukka, Kivelä, Pyykkö, Vallejo Medina & Vehviläinen 2006, 58). Merkittävä avuntarve alkaa kuitenkin vasta 85 ikävuoden jälkeen (Valta 2008). Ikääntymiseen liittyviä kroonisia rappeumasairauksia ja niiden aiheuttamia haittoja kuitenkin voidaan ja kannattaa ehkäistä, myöhentää tai korvata. Vanhuksen toimintakykyä voidaan tukea usein toistuvalla, säännöllisellä, sekä kuormittavuudeltaan ja määrältään sopivalla ja riittävällä liikunnalla. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16, 108–109.)

4.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan laaja-alaisesti kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, rakentaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta sekä taitoa kokea ja tuntea. Psyykkinen toimintakyky ei ole vain yksilön ominaisuus, vaan se vaihtelee eri elämäntilanteissa, sosiaalisessa ja kulttuuri-ssessa vuorovaikutuksessa. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu kognitiiviset toiminnot, kuten muisti, havaitseminen, päätöksenteko ja ongelmanrat-

kaisu, mieliala, elämänhallinta ja psyykinen hyvinvointi. (Heimonen & Pohjolainen 2009, 55.)

Ihmisen ikääntyessä muisti heikkenee siten, että asioiden mieleen painaminen ja mieleen palauttaminen, muistissa säilyttäminen vaikeutuu, aloitteisuutta ja ponnistelua vaativat muistitoiminnot heikkenevät ja vapaa mieleen palautus vaikeutuu. Näiden sijaan vihjeisiin perustuva ja tunnistava mieleen palautus kuitenkin säilyy. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 186–187.)

4.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalista toimintakykyä ei voida määritellä yksiselitteisesti, koska sille on olemassa niin paljon erilaisia malleja ja teorioita. Sosiaalista toimintakykyä voidaan kuitenkin kuvata kyvyksi tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien normien ja arvojen mukaisesti ja selviytymiseksi arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja selviytymiseksi sosiaalisten roolien vaatimuksista. (Heimonen & Pohjolainen 2009, 64.)

Heimosen ja Pohjolaisen (2009, 66) mukaan sosiaalinen kanssakäyminen on suomalaisilla ikääntyvillä ihmisillä lähes samantyyppistä eri tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan naiset ovat sosiaalisesti aktiivisempia kuin miehet. Ihmisen ikääntyessä ja terveydentilan huonontuessa sosiaalinen kanssakäyminen vähenee ja ikääntyvien laaja sosiaalinen verkosto vaikuttaa myönteisesti sekä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Heimonen & Pohjolainen 2009, 66.)

4.4 RAVA-toimintakykymittari

Tässä opinnäytetyössä käytetään hyödyksi asiakkaiden RAVA-mittarin tuloksia. RAVA on Suomen Kuntaliiton omistama mittari, jonka avulla arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja avuntarvetta. RAVA-mittari on työväline, joka on käytössä sekä avo- että laitoshoidossa. Toimintakyvyn arvioon suorittaa aina omahoitaja tai se hoitaja, joka tuntee asiakkaan parhaiten. (Valtonen 2002, 3,10, 16.)

Mittari koostuu 12 kysymyksestä, joilla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke/käytös. RAVA-toimintakykymittarissa on valmiit vastausvaihtoehdot kuhunkin kysymykseen, joista valitaan vain yksi, asiakkaan tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto. Vastaukset tallennetaan Internetin välityksellä valtakunnalliseen tietokantaan, RAVATAR-sovellukseen, joka laskee RAVA-indeksin kahden desimaalin tarkkuudella käyttäen yleisesti hyväksytyjä pyöristyssääntöjä. (Finnish Consulting Group 2011.)

Taulukosta 1 (alla) voidaan nähdä RAVA-indeksin arvon vaihtelevan 1,29 - 4,02 välillä toimintakyvyn mukaan. Asiakkaan toimintakyky ja sitä kautta avuntarve on saatujen vastausten mukaan satunnainen, tuettu, valvottu, tehostettu tai täysin autettava. Mitä suurempi RAVA-indeksin arvo on, sitä suurempi on asiakkaan hoidon ja avuntarve. (Valtonen 2002, 10–13.)

Taulukko 1 RAVA-indeksi (Valtonen 2002,13)

Avuntarve	RAVA-indeksin arvo
Satunnainen	1,29-1,49
Tuettu hoito	1,50-1,99
Valvottu hoito	2,00-2,49
Valvottu hoito	2,50-2,99
Tehostettu hoito	3,00-3,49
Täysin autettava	3,50-4,02

RAVA-indeksin tarjoama tieto on arvokas muiden asiakastietojen ohella, silloin kun asiakkaalle valitaan sopivaa hoitopaikkaa. Indeksia käyttämällä lisätään myös asiakkaan oikeusturvaa, koska tehdyt ratkaisut voidaan perustella. RAVA-indeksin keskiarvoja vertailemalla voidaan todeta, onko vanhukset sijoitettu hoitoyksiköihin tarkoituksenmukaisesti siten, että hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan riittävällä henkilöstömäärällä. Keskiarvoja vertailemalla voidaan selvittää myös se, onko kunnan palvelurakenne vanhustenhuollossa toivotun suuntainen. RAVA-mittaria on hyödynnetty myös vanhustenhuollon strategioiden suunnittelun ja seurannan yhteydessä. (Haverinen & Päivärinta 2002.)

RAVA oli kaikissa palveluissa yleisin fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytetty mittari ja se oli käytössä eri palveluissa 29–152 kunnassa. RAVA-mittaria käytetään eri kunnissa suhteellisesti eniten omaishoidon tukeen ja palveluasumiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä. (Vaarama & Voutilainen 2005, 15.)

4.5 Arjessa selviytymisen profiili

Toinen mittari, jonka tuloksia käytetään hyödyksi opinnäytetyössä, on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa kehitetty Arjessa selviytymisen profiili (ASP), joka mittaa sosiaalista toimintakykyä. Mittari on tarkoitettu käytettäväksi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä mittaavan RAVA-mittarin ja MMSE-muistitestin (Mini-Mental State Examination) ohella. Näiden mittareiden avulla pyritään selvittämään asioita, jotka ovat yhteydessä kotona selviytymiseen. (Perusturvalautakunta 2010.)

Arjessa selviytymisen profiili koostuu yhdeksästä osiosta, jotka ovat ruokahuolto, henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito, asumisolosuhteet, taloudellinen tilanne, turvallisuuden tunteen kokeminen, ulkoinen elämän

hallinta, käytännön asioiden hoito, ihmissuhteet ja sairaanhoidollinen tarve (Kts. liite 4).

Arjessa selviytymisen profiilissa on pistevaihtoehdot 2, 1, -1 ja -2. Numero 2 tarkoittaa, että asiakkaalla on voimavaroja – selviytyy itsenäisesti. Numero 1 tarkoittaa, että asiakas selviytyy itsenäisesti tai tukipalvelujen tai yksityisten palveluntuottajien tai etuuksien turvin. Numero -1 tarkoittaa, että asiakas tarvitsee apua, jolloin tehdään tilanteen arviointi ja tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelma. Numero -2 tarkoittaa, että tarvitaan tilanteen selvittäminen ja otetaan yhteyttä esimerkiksi lääkäriin tai sosiaalityöntekijään (Kts. liite 4).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan vaikuttavuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan kehittämiseen.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten asiakkaiden toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana? (vaihe 1)
2. Minkälaisia kokemuksia asiakkailla on asiakkuudesta? (vaihe 2)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten suhteiden tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Tässä opinnäytetyössä käytetään hyödyksi olemassa olevien, testattujen ja standardoitujen toimintakyvyn mittareiden (RAVA-toimintakykymittari ja Arjessa selviytymisen profiili) tuloksia (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 37). Tarkoituksena oli keskiarvoja vertailemalla tarkastella, miten asiakkaiden toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana RAVA-toimintakykymittarilla mitattuna. Tarkoituksena oli myös vertailla, miten asiakkaiden toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana Arjessa selviytymisen profiililla mitattuna.

Asiakkaiden (N=20) toimintakyky oli mitattu RAVA- ja Arjessa selviytymisen profiili -mittareilla sekä asiakkuuden alussa että lopussa yhdeltätoista naiselta ja yhdeksältä mieheltä. He olivat Kotiin sairaalasta -tiimin syys-helmikuunajan asiakkaita ja iältään 59–92-vuotiaita. Toimintakyvyn mittausten väli oli 13–58 päivää riippuen asiakkaasta. Asiakkailla ensim-

mäisen ja toisen mittauksen väli oli keskimäärin siis 23,2 päivää. RAVA-mittarin tulokset esitetään kaaviossa keskiarvoina (Kts. 17), jotka muodostuivat ensimmäisestä ja toisesta mittauskerrasta. Arjessa selviytymisen profiilin tulokset esitetään kaaviossa (liite 5), jossa näkyy ensimmäinen ja toinen arviointikerta. RAVA-toimintakykymittarin aineisto esitettiin taulukoissa kokonaislukuina ja prosenttiosuuksina. Taulukoista näkee kuinka monella asiakkaalla toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana, jollakin toimintakyvyn osa-alueella paremmaksi, huonommaksi ja kuinka monella se on pysynyt ennallaan.

6.2 Kvalitatiivinen teemahaastattelu ja sisällönanalyysi

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti halu saada tietoa ihmisten omista ajatuksista. Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmän tarkoituksena on uuden ilmiön käsitteellistäminen ja kuvaaminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi tärkeä merkitys on lisätä ymmärrystä tutkimusilmioistä. Ihmisen omat kuvaukset ovat tärkeitä eri ilmiöiden kuvaamiseksi, sillä monia hoitamisen ilmiöitä ei voi kuvata vain määrällisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelu etenee tiettyjen etukäteen valittujen keskeisten teemojen mukaan, jotka ovat kaikille samat. Sen sijaan kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelussa korostui ihmisten tulkinnat asioista, heidän asioille antamat merkitykset ja se, miten merkitykset muotoutuvat vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Teemahaastattelun valintaan vaikutti se, että haluttiin kuulla minkälaisia merkityksiä haastateltavat antavat asioille, jotka etenevät tiettyjen teemojen mukaan.

Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja, kuten tässä opinnäytetyössä teemahaastattelua. Deduktiivista sisällönanalyysia käyttämällä saadaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Kts. liite 5). (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tarkasteltaessa kvantitatiivisten mittarien luotettavuutta puhutaan reliabiliteetista ja validiteetista. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Kun tutkimus on reliabeli, se tarkoittaa siis, että tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisia vaan ne voidaan toistaa. Validiteetti taas tarkoittaa pätevyyttä. Validiteetti ilmaisee, että, mitataanko juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.)

RAVA-toimintakykymittari ei yksin riitä antamaan riittävää selvitystä asiakkaan toimintakyvystä, joten tarvitaan muitakin mittareita mittaamaan asiakkaan toimintakykyä (Hägg ym. 2007, 37). RAVA-mittari mittaa vain

fyysistä toimintakykyä, joten myös asiakkaan palvelutarpeen arviointiin, hoitopaikan valintaan ja henkilöstövoimavarojen jakamiseen tarvitaan myös muita mittareita, koska fyysinen toimintakyky ei anna riittävää selvitystä hoitoaikojen vaihtelusta eikä avun tarpeesta (Finne-Soveri, Lahtinen, Laine, Noro, Rajala, Talvinko & Valvanne 2007). Forssan kotihoidossa käytetään esimerkiksi Arjessa selviytymisen profiilia RAVA-toimintakykymittarin lisäksi (vrt. Perusturvalautakunta 2010).

Vaaraman ja Voutilaisen (2005) raportissa kerrotaan, että Rajalan (2001) raportin mukaan kaikki RAVA-mittarin 12 osaa ovat toistettavuudeltaan tyydyttäviä tai hyviä. Indeksia kohtaan on jonkin verran esitetty myös kritiikkiä, sillä indeksi on huomattavan karkea arvioitaessa muita kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia ihmisiä. Kun indeksia käytetään myös kotipalvelussa ja sairaanhoidossa palvelutarpeen arviointiin, on vaarana että asiakkaan arjen askareissa ilmenevät avun tarpeet jäävä vaille huomiota. Kritiikkiä on esitetty myös RAVA-mittarin summaindeksin muodostamistapaan. (Vaarama & Voutilainen 2005, 29.)

Asiakkaiden RAVA-toimintakykymittarin tulosten luotettavuutta lisää, että toimintakyvyn on mitannut asiakkaan omahoitaja tai se, joka parhaiten tuntee asiakkaan (vrt. Valtonen 2002, 16). Mittaustulosten luotettavuutta lisää, että asiakkaan toimintakyky on mitattu ensimmäisellä ja toisella kerralla paikassa, jossa asiakas asuu tai tulee asumaan. (vrt. Finnish Consulting Group 2011.)

Arjessa selviytymisen profiilia käytettiin hyvin vähän eri kunnissa. Arjessa selviytymisen profiilin luotettavuudesta ei löydy kirjallisuusviitteitä. Arjessa selviytymisen profiili sisältää todella tärkeitä, muiden mittareiden ulkopuolelle jääviä sisältöalueita. Siinä kysytään muun muassa asumismuotoa, asunnon varustetasoa ja ympäristötekijöitä. Sen mitta-asteikko on kuitenkin ongelmallinen. Samassa osiossa saatetaan kysyä useampaa kuin yhtä eri asiaa, jolloin kysymyksiin vastaaminen ja vastausten tulkinta voi olla ongelmallista. (Vaarama & Voutilainen 2005, 25, 30.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee opinnäytetyön kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2010, 232.) Teemahaastattelun aineistonkeruussa luotettavuutta lisäsi, että haastattelurunko (liite 1) mietittiin etukäteen huolellisesti ja pyrittiin tekemään merkityksellisiä kysymyksiä, jotka hakevat vastauksia tutkimuksen tutkimusongelmaan (Kts. Sarajärvi & Tuomi 2009, 75). Haastattelurunko koostui tema-alueista ja kysymysluettelosta (Kts. Hirsjärvi & Hurme 2008, 66–67). Haastattelutilanteessa oli mahdollisuus tarpeen mukaan täsmentää tutkimuskysymysten muotoilua ja kysymysten järjestystä (Kts. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97).

Haastateltavat valittiin sen perusteella, että heillä oli hyvä muisti ja he olivat psyykkisesti terveitä ja heiltä uskottiin saatavan hyviä vastauksia. Haastattelut kestivät 12–31 minuuttia. Teemahaastattelut nauhoitettiin, jot-

ta voitiin palata alkuperäiseen aineistoon analysointivaiheessa (Kts. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99).

Joka kerta mentäessä haastateltavien kotiin huomioitiin ja minimoitiin mahdolliset häiriötekijät, jotka olisivat voineet häiritä äänityksen laatua ja keskittymistä haastatteluun. Kun paikalla oli omaisia, pyydettiin heitä siirtymään kohteliaasti muualle haastattelun ajaksi. Yhden haastateltavan omainen oli samassa huoneessa kuuntelemassa, joka ei kuitenkaan häirinnyt. Huolellisesta valmistautumisesta huolimatta pieniä häiriötekijöitä tuli vastaan. Yhdessä haastattelussa kissa käveli nauhurin päältä, mikä vei hetkeksi huomion ja yhtä asiakasta haastateltaessa kännykkä alkoi soida värinäilytys päällä, mutta haastattelua jatkettiin siitä huolimatta sujuvasti.

Haastattelut litteroitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin sanasta sanaan (Kts. Hirsjärvi & Hurme 2008, 138). Litteroitua tekstiä tuli yhteensä noin 20 sivua fontilla Times New Roman 12, riviväli 1. Litteroidut tekstit luettiin useaan kertaan, jotta pystyttiin sisäistämään koko aineisto. Luetusta aineistosta ryhdyttiin etsimään samaa tarkoittavia ilmauksia ja niistä muodostettiin alaluokat. Haastattelurungosta muodostettiin yläluokat ja pääloukka muodostettiin tämän opinnäytetyön aiheesta (Kts. liite 6). Tässä opinnäytetyössä menettelytapana käytetään deduktiivista sisällönanalyysiä, jonka tarkoituksena on tarkastella konkreettisesti teoreettisten käsitteiden ilmenemistä (Kts. Janhonen & Nikkonen 2001, 23).

Sisällönanalyysin lisäksi opinnäytetyössä on autenttisia, suoria lainauksia haastateltavien vastauksista, jotka lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta (Kts. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Teemahaastattelun luotettavuutta lisää myös se, että ensimmäinen haastattelu toimi esihaastatteluna, joka antoi suuntaa seuraavien haastatteluiden toteutukseen (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2008, 73). Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tehdä päätelmiä aineistosta yleistettävyyttä ajatellen, mutta tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää Forssan kaupungin kotihoidon toiminnan kehittämisessä (vrt. Hirsjärvi ym. 2010, 182).

6.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tämän opinnäytetyön tekemiseen haettiin tutkimuslupa opinnäytetyön tutkimuslupahakemuslomakkeella tammikuussa 2012 Perusturvalautakunnalta, jotta saatiin lupa nähdä asiakkaita koskevia tietoja, joita käytettiin tässä opinnäytetyössä. Perusturvalautakunnalta anotun tutkimusluvan hankkimisen jälkeen opinnäytetyösopimus tehtiin tämän opinnäytetyö toimeksiantajan eli Forssan kaupungin kotihoidon ja ohjaavan opettajan kanssa.

Tämän opinnäytetyön aihe on eettisesti hyväksyttävä, koska sen tuloksia voidaan hyödyntää Kotiin sairaalasta -tiimin prosessin kehittämisessä ja aihe ei ole kenellekään haitallinen. Tämän opinnäytetyön eettisyyttä lisää myös se, että tutkittavien anonymiteetti säilytettiin. Tutkittavia ei voitu

tunnistaa opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa ja opinnäytetyön luottamuksellisia tietoja ei luovuttu kenellekään ulkopuoliselle opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa. Kaikki opinnäytetyötä varten saatavat tulokset ja haastattelun tallenteet säilytettiin asianmukaisissa paikoissa ja tietokoneessa salasanalla suojattuna. Aineiston analysoinnin jälkeen opinnäytetyötä varten saatavat tulokset hävitettiin, paitsi Kotiin sairaalasta -tiimissä asiakkaiden tiedot säilytettiin luottamuksellisesti. Sen sijaan haastattelun tallenteet ja litteroitu teksti eivät jääneet Kotiin sairaalasta -tiimiin vaan ne hävitettiin lopullisesti analysoinnin jälkeen. (Kts. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177, 179–180.)

Sovittiin, että jokaiselta asiakkaalta kysyttiin puhelimen välityksellä halukkuutta osallistua opinnäytetyöhön. Haastateltaville kerrottiin mihin tarkoitukseen tämä opinnäytetyö tehdään, tulosten julkaisemisesta, aineiston säilyttämisestä, hävittämisestä ja anonymiteettisuojaan säilyttämisestä. Haastateltaville kerrottiin myös, että tähän opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista, tietoiseen suostumukseen perustuvaa ja heidän itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Haastateltavalle kerrottiin myös, että hänellä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa. Kun haastateltava oli saanut tarvittavat tiedot, häneltä pyydettiin suostumusta opinnäytetyöhön ja jokainen allekirjoitti suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta -lomakkeen (Kts. liite 2). (Kts. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179.) Yhdellä asiakkaalla oli huono näkö, joten suostumuslomake luettiin hänelle ääneen.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Toimintakyvyn arviointi ja muutokset toimintakyvyssä

Asiakkaiden toimintakyky oli mitattu RAVA- ja Arjessa selviytymisen profiili-mittareilla kaksi kertaa hoitajakson aikana. Mittausten väli oli 13–58 päivää riippuen asiakkaasta. Ensimmäisen ja toisen mittauksen väli oli siis 23,2 päivää. Toimintakyky mitattiin 20:ltä (11 naista ja 9 miestä) Kotiin sairaalasta -tiimin syys–helmikuunajan asiakkailta. Asiakkaat olivat iältään 59–92-vuotiaita. RAVA-mittarin tulokset esitetään kaavioissa keskiarvoina (Kts. 17), jotka muodostuivat ensimmäisestä ja toisesta mittauskerrasta. Arjessa selviytymisen profiilin tulokset esitetään kaaviossa, joka on tehty Excel-taulukkolaskentaohjelmalla (Kts. liite 5). Lisäksi RAVA-mittarin tulokset ja Arjessa selviytymisen profiilin tulokset esitetään taulukoissa, joista näkee kuinka monella asiakkaalla toimintakyky on muuttanut asiakkuusaikana, jollakin toimintakyvyn osa-alueella paremmaksi, huonommaksi ja kuinka monella se on pysynyt ennallaan.

7.1.1 RAVA-tulokset

Näkökyvyn keskiarvo (ka) oli 1,15 ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli normaalista (1) heikkoon (2) näkökykyyn kummallakin mittauskerralla. Kuudellatoista asiakkaalla oli normaali ja kahdella asiakkaalla heikko näkökyky kummallakin mittauskerralla. Näkökyky oli yhdellä asiakkaalla muuttunut normaalista heikoksi ja yhdellä heikosta normaaliksi.

Kuuloaistin keskiarvo oli 1,15 ensimmäisellä mittauskerralla ja toisella mittauskerralla 1,2. Vaihteluväli oli normaalista (1) heikkoon (2) kuuloaistiin kummallakin mittauskerralla. Kuudellatoista asiakkaalla kuuloaisti pysyi normaalina ja kolmella alentuneena ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Yhdellä asiakkaalla kuulo muuttui normaalista alentuneeksi, joka vaikuttaa keskiarvon suurentumiseen.

Puheen keskiarvo oli 1,05 sekä ensimmäisellä että toisella mittauskerralla ja vaihteluväli oli normaalista (1) epäselvään (2) puheeseen kummallakin mittauskerralla. Kahdeksallatoista asiakkaalla puhe pysyi normaalina kummallakin mittauskerralla. Muutosta tapahtui kahden asiakkaan kohdalla siten, että toisella asiakkaalla puhe muuttui epäselvästä normaaliksi ja toisella asiakkaalla puhe muuttui normaalista epäselväksi.

Liikkumisen keskiarvo oli 3,3 ensimmäisellä ja 3,15 toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli normaalisti liikkuvista (1) pyörätuoliin tai muuhun vastaavaan nostettaviin (7) kummallakin mittauskerralla. Kahden asiakkaan liikkuminen pysyi normaalina, toiset kaksi oli nostettava pyörätuoliin tai muuhun vastaavaan ja kymmenen oli itsenäisiä telinekävelijöitä (3) kummallakin mittauskerralla. Liikkuminen huononi kolmen asiakkaan kohdalla: kahden itsenäisen telinekävelijän liikkuminen muuttui epävarmaksi (2) ja yhdestä itsenäisestä telinekävelijästä tuli kaatuileva (6). Liikkuminen parani kolmen asiakkaan kohdalla, joka vaikuttaa keskiarvon pienentymiseen: yhdestä itsenäisestä telinekävelijästä tuli normaalisti liikkuva, yhden asiakkaan liikkuminen muuttui epävarmasta itsenäiseksi telinekävelijäksi ja kaatuilevasta tuli itsenäinen telinekävelijä.

Rakon toiminnan keskiarvo oli 1,5 ensimmäisellä mittauskerralla ja vaihteluväli oli normaalista rakon toiminnasta (1) virtsakatetrin (3) käyttäjiin. Toisella mittauskerralla rakon toiminnan keskiarvo oli 1,3 ja vaihteluväli oli normaalista rakon toiminnasta kasteleviin (2). Yhdellätoista asiakkaasta pysyi normaali rakon toiminta ja viisi asiakasta oli kastelevia kummallakin mittauskerralla. Kahdelle virtsakatetrin käyttäjälle ja yhdelle kastelevalle rakon toiminta muuttui normaaliksi. Yhdestä asiakkaasta, jolla oli normaali rakon toiminta, tuli toisella mittauskerralla kasteleva.

Suolen toiminnan keskiarvo oli 1,3 ensimmäisellä ja 1,25 toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli normaalista suolen toiminnasta (1) tuhriviin (3) kummallakin mittauskerralla. Kuudellatoista asiakkaalla suolen toiminta

pysyi normaalina ja kaksi asiakasta oli tuhrivia kummallakin mittauskerralla. Yhdelle tuhrivan asiakkaan suolen toiminta muuttui normaaliksi, joka vaikuttaa keskiarvon pienentymiseen. Muutosta huonompaan tapahtui yhdellä asiakkaalla, jolla oli normaali suolentoiminta, sillä hän ei kyennyt enää hallitsemaan suolen toimintaansa (2) toisella mittauskerralla.

Syömisen keskiarvo oli 1,25 ensimmäisellä ja 1,15 toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli itsenäisistä syöjistä (1) autettaviin (2) kummallakin mittauskerralla. Kuudentoista asiakkaan syöminen pysyi itsenäisenä ja kolmen asiakasta oli autettavia kummallakin mittauskerralla. Keskiarvon pienentymiseen vaikuttaa se, että yhdestä autettavasta tuli itsenäinen syöjä.

Lääkehoidon keskiarvo oli 2,2 ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla 2,1. Vaihteluväli oli itsenäisistä lääkkeenkäyttäjistä (1) valvottaviin (3) kummallakin mittauskerralla. Kaksi asiakasta pysyi itsenäisinä lääkkeenkäyttäjinä, kuusi asiakasta oli valvottavia kummallakin mittauskerralla ja kahdeksan asiakasta pysyi autettavina (2). Muutosta huonompaan tapahtui kahden asiakkaan kohdalla: toinen muuttui valvottavasta autettavaksi ja toinen muuttui itsenäisestä autettavaksi toisella mittauskerralla. Muutosta parempaan tapahtui kahden asiakkaan kohdalla, sillä he muuttuivat autettavista itsenäisiksi.

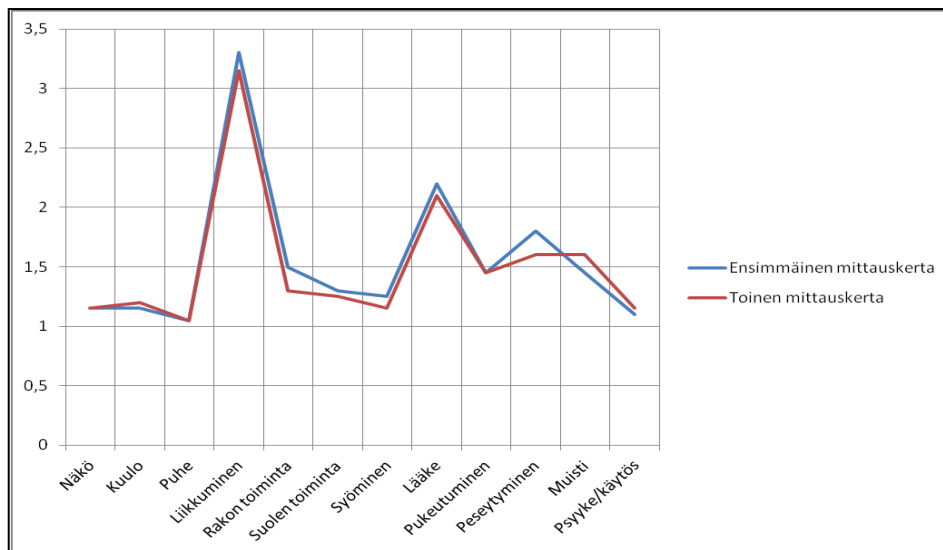
Pukeutumisen keskiarvo oli 1,45 kummallakin mittauskerralla. Vaihteluväli oli itsenäisistä (1) pukeutujista autettaviin (2) kummallakin mittauskerralla. Yksitoista asiakasta pysyi itsenäisinä pukeutujina ja yhdeksän oli autettavia pukeutumisen kanssa kummallakin mittauskerralla.

Peseytymisen keskiarvo oli 1,8 ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla 1,6. Vaihteluväli oli itsenäisistä pukeutujista (1) autettaviin (2) kummallakin mittauskerralla. Neljä asiakasta pysyi itsenäisinä peseytyjinä ja kaksitoista oli autettavia peseytymisessä kummallakin mittauskerralla. Muutosta parempaan suuntaan tapahtui neljällä autettavalla asiakkaalla, sillä heistä tuli itsenäisiä peseytyjiä toisella mittauskerralla.

Muistin keskiarvo oli 1,45 ensimmäisellä ja 1,6 toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli normaalista (1) muistamattomaan (3). Yhdeksällä asiakkaalla muisti pysyi normaalina, seitsemällä asiakkaalla muisti pysyi alentuneena (2) ja yksi oli muistamaton sekä ensimmäisellä että toisella mittauskerralla. Kolmella asiakkaalla, joilla oli normaali muisti ensimmäisellä mittauskerralla, muuttui toisella mittauskerralla alentuneeksi, joka vaikuttaa korottavasti keskiarvoon.

Psykeen ja käytöksen keskiarvo oli 1,1 ensimmäisellä ja 1,15 toisella mittauskerralla. Vaihteluväli oli normaalista (1) masentuneeseen (2) kummallakin mittauskerralla. Kuudentoista asiakkaan psyke ja käytös pysyi normaalina ja yksi oli masentunut kummallakin mittauskerralla. Yksi asiakas muuttui masentuneesta normaaliksi toisella mittauskerralla ja kaksi normaaleista masentuneiksi, joka vaikuttaa korottavasti keskiarvoon.

Kaaviosta 1 (alla) voidaan nähdä RAVA-mittarin mittaustulosten keskiarvot (ka). Kaaviosta näkee, kuinka suuri avuntarve asiakkailla on milläkin osa-alueella. Eniten apua asiakkaat tarvitsivat liikkumiseen, lääkehoitoon ja peseytymiseen.



Kaavio 1 RAVA-mittarin mittaustulosten keskiarvot (ka)

Taulukosta 2 (alla) näkyy, kuinka asiakkaiden (N= 20) toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana RAVA-mittarilla mitattuna. Asiakkaiden toimintakyky on asiakkuusaikana joko parantanut tai huonontunut tai pysyn ennallaan.

Taulukko 2 RAVA-muutokset (N= 20)

RAVA-kysymykset	Parani	Huononi	Ennallaan
Näkö	1 (5 %)	1 (5 %)	18 (90 %)
Kuulo	0 (0 %)	1 (5 %)	19 (95 %)
Puhe	1 (5 %)	1 (5 %)	18 (90 %)
Liikkuminen	4 (20 %)	2 (10 %)	14 (70 %)
Rakon toiminta	3 (15 %)	1 (5 %)	16 (80 %)
Suolen toiminta	1 (5 %)	1 (5 %)	18 (90 %)
Syöminen	1 (5 %)	0 (0 %)	19 (95 %)
Lääke	3 (15 %)	1 (5 %)	16 (80 %)
Pukeutuminen	0 (0 %)	0 (0 %)	20 (100 %)
Peseytyminen	4 (20 %)	0 (0 %)	16 (80 %)
Muisti	0 (0 %)	3 (15 %)	17 (85 %)
Psyke/käytös	1 (5 %)	2 (10 %)	17 (85 %)

7.1.2 Arjessa selviytymisen profiilin tulokset

Asiakkaista 70 %:lla selviytyminen ruokahuollosta pysyi ennallaan ja 30 %:lla asiakkaista selviytyminen ruokahuollosta parani. Vaihteluväli oli sekä ensimmäisellä että toisella arviointikerralla asiakkaista, jotka kävivät itse kaupassa, pystyivät laittamaan itse ruokansa ja syömään (piste 2) asiakkaisiin, jotka pystyivät itse syömään, kun ruoka tuotiin ja laitettiin tarjolle (piste -1).

Asiakkaiden henkilökohtaisesta hygieniasta ja kodinhoidosta huolehtiminen on joko pysynyt ennallaan 70 %:lla asiakkaista ja 30 %:lla asiakkaista selviytyminen parani. Vaihteluväli oli ensimmäisellä arviointikerralla asiakkaista, jotka selviytyivät itse henkilökohtaisen hygieniansa hoidosta, pyykinpesusta, vuoteen sijauksesta ja siivouksesta (piste 2) yhteen asiakkaaseen, joka ei selviytynyt pesuista eikä WC-käynneistä tai tuhri usein tai tarvitsi apua myös öisin (piste -2). Toisella arviointikerralla asiakkaita, jotka eivät selviytyneet pesuista eivätkä WC-käynneistä tai tuhri usein tai tarvitsivat apua myös öisin, ei ollut enää lainkaan. Toisella arviointikerralla vaihteluväli oli täysin itsenäisistä (piste 2) sellaisiin, jotka tarvitsivat säännöllisesti apua pesuissa, mutta selviytyivät yleensä itsenäisesti WC-käynneistä (piste -1).

Asiakkaista 95 %:lla asumisolosuhteet on pysynyt ennallaan ja 5 %:lla ne ovat muuttuneet paremmiksi toisella arviointikerralla. Vaihteluväli oli toimivasta asuinympäristöstä (piste 2) kohtuullisiin asumisolosuhteisiin (piste 1).

Asiakkaiden taloudellinen tilanne on pysynyt ennallaan 95 %:lla ja 5 %:lla se on muuttunut paremmaksi toisella arviointikerralla. Vaihteluväli oli täysin omilla tuloilla selviytyjistä (piste 2) asiakkaaseen, joilla oli toimeentulotuen tarve (piste -2) ensimmäisellä arviointikerralla. Toisella arviointikerralla vaihteluväli oli täysin omilla tuloilla selviytyjistä (piste 2) asiakkaaseen, jolla oli taloudellisia vaikeuksia, kun suuria menoja (piste -1).

Asiakkaiden turvallisuuden tunteen kokeminen on pysynyt ennallaan 70 %:lla ja 30 %:lla se muuttunut paremmaksi toisella arviointikerralla. Ensimmäisellä arviointikerralla vaihteluväli oli elämäänsä tyytyväisistä (piste 2) asiakkaisiin, jotka kokivat jokapäiväistä elämää haittaavaa pelkoa, ahdistusta tai masennusta (piste -2). Toisella arviointikerralla vaihteluväli oli elämäänsä tyytyväisistä (piste 2) asiakkaaseen, joka koki pelkoa, ahdistusta tai masennusta, joka haittaa jokapäiväistä elämää (piste -2).

Asiakkaiden ulkoinen elämänhallinta on pysynyt ennallaan 70 %:lla ja 30 %:lla se on muuttunut paremmaksi toisella arviointikerralla. Ensimmäisellä arviointikerralla ulkoinen elämänhallinta vaihteli yhdestä asiakkaasta, jolla oli aktiivinen elämäntilanne (piste 2), asiakkaisiin, joilla oli ulkoisessa elämänhallinnassa ajoittain ongelmia (piste -1). Toisella arviointikerral-

la vaihteluväli oli asiakkaista, joilla oli aktiivinen elämäntilanne asiakkaisiin, joilla oli ulkoisessa elämönhallinnassa ajoittain ongelmia (piste -1).

Käytännön asioiden hoito on pysynyt 100 %:lla asiakkaista ennallaan ensimmäisellä ja toisella arviointikerralla. Vaihteluväli oli kummallakin arviointikerralla itsenäisistä selviytyjistä (piste 2) asiakkaisiin, jotka eivät selviytyneet itsenäisesti ja tarvitsi viranomaisen tukea asiointiin (piste -1).

Ihmissuhteet ovat pysyneet ennallaan 85 %:lla tai muuttuneet paremmaksi 15 %:lla asiakkaista toisella arviointikerralla. Ihmissuhteet vaihtelivat kummallakin arviointikerralla asiakkaista, joilla sosiaalinen verkosto toimi (piste 2) asiakkaisiin, joilla on heikko sosiaalinen verkosto (piste -1).

Selviytyminen sairaanhoidollisista tarpeista on pysynyt 45 %:lla asiakkaista ennallaan, 50 %:lla selviytyminen parani ja 5 %:lla selviytyminen huononi. Asiakkaat vaihtelivat itsenäisistä selviytyjistä (piste 2) päivittäin sairaanhoidollista apua tarvitseviin (piste -2) kummallakin arviointikerralla.

Kaaviosta 2 (liite 5) näkyy, miten asiakkaiden (N= 20) toimintakyky on muuttunut ensimmäisen ja toisen arvioinnin aikana. Kaaviosta näkyy myös, minkälainen avuntarve heillä on milläkin osa-alueella. Itsenäisimminkin asiakkaat selviytyivät asumisolosuhteistaan ja taloudellisessa tilanteestaan. Eniten apua asiakkaat tarvitsivat sairaanhoitoon.

Taulukosta 3 (alla) näkyy, kuinka asiakkaiden (N= 20) toimintakyky on muuttunut asiakkuusaikana Arjessa selviytymisen profiililla (ASP) arviointuna.

Taulukko 3 Arjessa selviytymisen profiilin arvioinnit (N=20)

<i>ASP-arvioinnit</i>	<i>Parani</i>	<i>Huononi</i>	<i>Ennallaan</i>
Ruokahuolto	6 (30 %)		14 (70 %)
Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito	6 (30 %)		14 (70 %)
Asumisolosuhteet	1 (5 %)		19 (95 %)
Taloudellinen tilanne	1 (5 %)		19 (95 %)
Turvallisuuden tunteen kokeminen	6 (30 %)		14 (70 %)
Ulkoisen elämönhallinta	6 (30 %)		14 (70 %)
Käytännön asioiden hoito	0 (0 %)		20 (100 %)
Ihmissuhteet	3 (15 %)		17 (85 %)
Sairaanhoidollinen tarve	10 (15 %)	1 (5 %)	9 (45 %)

7.2 Haastateltavien kokemukset asiakaslähtöisyydestä

7.2.1 Haastateltavien taustatiedot

Haastateltavia asiakkaita oli kuusi iältään 59–89-vuotiaista, joista kolme oli naisia ja kolmia miehiä. He olivat Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän Osasto 1:llä, Osasto 3:lla ja Osaamiskeskuksessa. Sairaalassaoloaika haastateltavilla vaihteli kahdesta vuorokaudesta kolmeen kymmeneen vuorokauteen. Sairaalassaolon syitä heillä olivat muun muassa ortopediset vaivat, verisuonitaudit ja infektioaudit.

7.2.2 Kokemuksia kotiutumisesta

Alaluokiksi muodostui halu päästä kotiin, epätietoisuus omasta pärjäämisestä ja hankala kotiutuminen (Kts. liite 6). Lähes kaikki kertoivat, että halusivat päästä kotiin, sillä kotiin oli mukava palata. Pari haastateltavaa oli epävarmoja omasta pärjäämisestä kotona ennen kotiutumista. Osa haastateltavista kertoi kotiutumistilanteen olleen hankala.

”No ainahan se on mukava kotiin tulla.”

”..vaikka mä ensin ajattelin, että kuinka sitä kotona pärjää.”

”No se oli vähän hankala, kun sillä mikä mun toi sairaalasta, niin sillä oli se pyörätuoli semmonen, ettei se sopinut hissiin.”

7.2.3 Asiakkaan huomioiminen asiakkuusaikana

Alaluokiksi muodostui huomioon ottaminen, huomiotta jättäminen ja tietoisuus toimintakyvyn arvioinnista (Kts. liite 6). Kysyttäessä haastateltavilta heidän vaikuttamistaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, kukaan ei varsinaisesti ilmaissut sen tekoon vaikuttamista, mutta vastauksista tuli ilmi, kuinka heidät huomioitiin palvelutarpeen arvioinnissa. Neljä haastateltavaa kertoi, että heidät otettiin huomioon palvelutarpeen arvioinnissa, sillä heiltä kysyttiin mielipidettä ja heitä kuunneltiin. Osa haastateltavista kertoi, että huomioon ottaminen näkyi siinä, että he saivat vaikuttaa omiin tarpeisiinsa jättämällä pois palveluita, joita he eivät enää tarvinneet. Pari asiakasta koki, ettei heitä otettu huomioon, sillä heidän mielipiteitään ei kysytty ja he eivät saaneet vaikuttaa kotikäyntien määrään.

Puolet mainitsi, että he eivät olleet lainkaan tietoisia toimintakyvyn arvioinneista ja kaksi tiesi vain muistitestin. Osa kertoi, että hoitajat arvioivat toimintakyvyn hyvin, mutta ei saatu selvää, olivatko he tietoisia toimintakyvyn mittauksesta.

”Et kyl nää huomioon otettiin, että mitä tarvii tosiaan. Että kysyttiin aina, että..nääkin, että miten sä saat nää lääkkeet.”

”..kyllä ne sitä koitteli kuunnella, mitä mä sitten yleensä siinä sit jotakin esitin...niin jotakin mielipitteitä.”

”..se tuli sit tää vaikuttaminen niin näitte tarpeitten mukaan niin, että sain jättää niitä pois, kun en tarvinnut.”

”..kyllä kai se sieltä kai suunnitellaan. Ei sitä paljoo kysytä mikä mulle sopii...”

”... kyllä se sillon ensi alkuun oli se kolme kertaa viikossa ja sillon ne kävivät niin kun pitikin... mutta ei sitä viittis käydä niin..ei sitten oo mittään palveluitakaan.”

”..ei siinä mittään sen kummempia mittauksia ollut...Se oli se muistijuttu, että se kyseli kaikenlaista, mutta ei mun selviytymistäni muuten millään tavalla punnittu oo.”

”En mä muista, että mulle olis koskaan tehtykään sellaisia arvioita... ihan outoja.”

”Kyllä ne hyvin arvioi sen.”

7.2.4 Kokemuksia palveluista

Alaluokiksi muodostui tyytyväisyys, tyytymättömyys ja lisäpalveluiden tarve (Kts. liite 6). Haastateltavat ilmaisivat tyytyväisyytensä palveluihin sanomalla, että he saivat sen avun, mitä tarvitsivatkin ja tiimin toiminta oli hyvää. Osa haastateltavista kertoi olevansa tyytyväisiä, kun hoitajat tulivat sovittuna aikana heidän luokseen ja osa oli tyytyväisiä, vaikka hoitajat tulivat heidän luokseen välillä eri aikaan. Muutama mainitsi olevansa tyytymätön siihen, kun hoitajilla ei jäänyt kiireen takia aikaa seurusteluun ja ettei jokainen hoitaja tehnyt kaikkia samoja asioita heidän luonaan. Osa mainitsi, että he eivät olleet tyytyväisiä hoitajien vaihtuvuuteen heidän luonaan ja he eivät olleet tyytyväisiä jokaisen hoitajan toimintaan. Lisäpalveluksi osa haastateltavista olisi halunnut kotihoidolta siivouspalveluita ja jotain virikkeitä esimerkiksi päästä teatteriin katsomaan jonkin näytelmän.

”Avun mä sain, mitä mä tarttinkin.”

”Että kyllä se hyvä tiimi oli... ja toimi ihan hyvin.”

”...ne on hyvin, kun ne tuli sovittuun aikaan aina.”

”Se voi se..olla puoli yhdeksästä jopa kymmeneenkin se ero... mutta tulee kumminkin.”

”..kiire toiseen paikkaan mennä...kun aikaa ei jäänyt semmoseen seurusteluun..”

”..sitte, ku sattuu näitä..joka päivä ei suihkussa käyty.”

”... vois samalla sama ihminen tehdä näitä, ettei siihen tarvii taas olla eri ihminen.”

”..Se jätti vaan tonne alas sitten ja lähti pois...Ei ollut hyvä.”

”Olis sit tämmöstä, et vois samalla sama ihminen tehdä näitä, ettei siihen tarvii taas olla eri ihminen.”

” Ei sitä voi..itte se täytyy tehdä...täytyy itte hankkia nää siivoukset sun muuta, että siihen ei sit saa apua näihin...”

”... että kun olis päässy kattoo jonku näytelmän täällä.”

7.2.5 Asiakkaiden odotuksia

Alaluokiksi muodostui kokemattomuus ja palveluiden kohdentuminen (Kts. liite 6). Haastateltavien odotuksia Kotiin sairaalasta -tiimistä kysyttäessä pari haastateltavaa ei osannut vaatia mitään, koska he eivät olleet ennen kokeneet vastaavanlaista ja osa odotti vain, että heitä tullaan hoitamaan.

”...en minä osannut mitään toivoo heiltä, kun en ollut ennen kokenut mitään tämmöstä..”

”No ei mulla mitään odotuksia ollut, että tota se vaan oli ainoa asia, että se sitä jalkaa sit tullaan hoidettua.”

7.2.6 Asiakkaiden selviytyminen kotona

Alaluokiksi muodostui itsenäinen selviytyminen, avun tarve selviytymisessä ja kokemus liiasta avusta (Kts. liite 6). Neljä haastateltavaa kertoi selviytyvänsä itsenäisesti ruoan valmistuksesta. Pari kertoi selviytyvänsä itsenäisesti pyykinpesusta. Osa kertoi, että selviytyi itsenäisesti siivoamisesta. Osa kertoi, että he pystyivät liikkumaan itsenäisesti. Osa kertoi, että sai sotainvalidien järjestämää siivousapua. Osa kertoi, että omaiset ja läheiset auttavat heitä. Osa haastateltavista kertoi saavansa liikaa apua koti-hoidolta, sillä he olisivat itsekin selviytyneet tietyistä kotiaskareista.

”Itte mä ruokaa laitan.”

”...ja no kaikki niin pyykinpesut... eihän niissä oo mitään ongelmaa.”

”mä pystyn tekee ite... ja siivoo ja imurilla vähän ajella täällä....”

”..aika hyvin..pystyn liikkumaan hyvin.”

”Mulla käy kerran kuukaudessa siivooja..noita sotainvaliidien järjestämää”

”..ja..kaupassa käynti, naapurit. Naapurit tuovat sitten, kun poika käy kotona.. kuin usein pääsee sitten..”

”No, kun emäntä auttaa, niin kyl mää silloin selkiin...”

”...tossa nyt tarvin avustajaa, kun kävin tuolla kaupalla tai pankissa joutu käymään...”

”...lääkehuollossa käy vieläkin aina laittaa mulle nää..ne lääkkeet siihen..dosettiin.. kyl mä ne saan itekki laitettua, mutta hän haluaa käydä....”

”.. ja tiskit tiskas..lautasen ja puurokattilan aina... päivällä mä ite tiskasin sitten noi omat ruoka-astiat.”

7.2.7 Asiakkaiden palvelut tiimin toiminnan jälkeen

Alaluokiksi muodostui asiakkuuden jatkuminen kotihoidossa ja muut palvelut (Kts. liite 6). Kotihoito jatkui jokaisella Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan jälkeen. Kahdella jatkui kotihoito verikokeiden ja lääkkeiden jaon takia lääkeannostelijaan. Muutamalla kotihoito jatkui alaraajan hoidon takia. Kaksi käytti kotihoidon ateriapalvelua. Osa kertoi, että kotihoito käy heidän luonaan muun muassa tiskaamassa ja purkamassa sänkyä. Muita palveluita, joita haastateltavat käyttivät tai tulivat käyttämään Kotiin sairaalasta -tiimin jälkeen, olivat radiologiset palvelut, polikliiniset palvelut, Osaamiskeskuksen päivätoiminta, hammaslääkäripalvelut, silmäkirurgiset palvelut ja kuljetuspalvelut.

”Se kotihoito käy sen Marevan kokkeen ottamassa... se käy niinkun kahden viikon lääkkeet laittaa näihin.”

”Käynyt sitten sitä jalkaa hoitamassa.”

”..ateriapalvelu tuodaan kotia..”

”..jotkut tiskaakin ja vähä si puretaan mun sänkyä.”

”Sit hän kuitenkin sitä katto ennen kun sitä kuvataan...”

”...sairaalassa se vastaanotto oli sen...sen kirurgian poliklinikka...jalan takia...”

”...tätä näin tätä OSKE...”

”Hammaslääkärissä käytiin...”

”... että nyt on kaihileikkaukseen, että tietysti lähiaikoina joskus kesäkuun vuorossa tulee kai meno.”

”...mää käyn joka toinen viikko tuolla kaupassa invataksilla se on ihan hyvä palvelu...”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan vaikuttavuus näkyy asiakkaan toimintakyvyn muutoksena tai pysymisenä ennallaan. Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnalla pelkästään tuskin yksin on vaikutusta toimintakykyyn, koska siihen voi vaikuttaa myös monet muut eri tekijät. On esimerkiksi vaikea sanoa, mistä muistin aleneminen RAVA-toimintakykymittarin mukaan voi johtua yksittäisten asiakkaiden kohdalla, koska siihen voi vaikuttaa monet eri tekijät ja pelkästään Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnalla tuskin on vaikutusta muistin alenemiseen. Toimintakyvyn muutoksen kohdistuessa RAVA-toimintakykymittarin mukaan liikuntakykyyn, on helpompi päätellä, mistä liikuntakyvyn muutos voi johtua, koska se näkyy konkreettisemmin kuin muistissa tapahtuvat muutokset. Sille, kuinka esimerkiksi epävarmasta liikkujasta tuli itsenäinen telinekävelijä, voi löytyä yksinkertainen syy. Syy voi olla esimerkiksi, että hän on voinut saada rollaattorin apuvälinelainaamosta. Ei voida vetää tarkempia tulkintoja toimintakyvyn muutoksista, koska asiakkaita ei tunneta ja eikä itse oltu mittaamassa heidän toimintakykyään.

Arjessa selviytymisen profiili toi paremmin esille muutokset toimintakyvyssä kuin RAVA-toimintakykymittari, joten voidaan päätellä, että Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan vaikuttavuus näkyy paremmin Arjessa selviytymisen profiilin arvioinneissa. Lisäksi Arjessa selviytymisen profiili kuvaa asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä kokonaisvaltaisemmin kuin RAVA-toimintakykymittari. Toimintakyky muuttui usealla osalla alueella paremmaksi monella eri asiakkaalla, joka kertoo siitä, että Kotiin sairaalasta -tiimillä on ollut suuri vaikutus asiakkaiden toimintakykyyn ja sen kautta selviytymiseen. Asiakkaita ei kuitenkaan tunneta ja ei oltu itse

mittaamassa heidän toimintakykyä, joten ei voida vetää tarkkoja johtopäätöksiä asiakkaiden toimintakyvystä ja selviytymisestä.

Jokaisen haastateltavan mielestä kotiin palaaminen oli miellyttävä asia, mutta osa haastateltavista kuitenkin kertoi, että itse kotiutumistilanne ei kuitenkaan onnistunut suunnitelmien mukaan, mikä saattaa johtua valmistelemattomista kotiutusjärjestelyistä ja puutteellisesta asiakaslähtöisestä yhteistyöstä (vrt. Hammar 2008). Pari asiakasta oli epävarmoja omasta pärjäämisestään kotona sairaalassa ollessaan, mutta huomasivat kuitenkin omaksi yllätykseksensä, että he pärjäsivät kotona.

Asiakaslähtöisyys näkyi haastateltujen ihmisten vastauksissa siten, että neljä haastateltavaa kertoi, että heidät otettiin huomioon palvelutarpeen arvioinnissa. Parin haastateltavan kohdalla asiakaslähtöisyys ei toteutunut, koska he kokivat, ettei heitä otettu huomioon. Näiden kahden haastateltavan itsemääräämisoikeutta ei ole siis täysin kunnioitettu, joten Kotiin sairaalasta -tiimillä on tässä kehitettävää, jotta asiakkaiden itsemääräämisoikeus toteutuisi paremmin. Voi olla myös, että toinen näistä haastateltavista siirsi päätöksentekovastuun hoitajille, koska ajatteli, että hoitajat tietävät paremmin, mitä haastateltava tarvitsee tai valinta oli hänelle yhdentekevää (vrt. Niemi 2006).

Asiakaslähtöinen toiminta näkyi haastateltavien asiakkaiden tyytyväisyytenä Kotiin sairaalasta -tiimin toimintaan. Haastateltavat ilmaisivat tyytyväisyytensä palveluihin sanomalla, että he saivat sen avun, mitä tarvitsivatkin ja tiimin toiminta oli hyvää. Muutamat haastateltavat olivat tyytymättömiä hoitajien kiireeseen, koska seurustelulle ei jäänyt aikaa (vrt. Arve ym. 2009; Hertto ym. 2006; Ikonen 2011; Valta 2008). Muutama asiakas ilmaisi myös, että eri hoitajat tekivät eri tavoin asioita heidän luonaan. Osa haastateltavista koki hoitajien vaihtuvuuden myös ongelmalliseksi (vrt. Arve ym. 2009; Hertto ym. 2006; Niemi 2006).

Asiakastyytyväisyyttä voitaisiin lisätä vähentämällä hoitajien kiirettä ja hoitajien vaihtuvuutta. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että osa asiakkaista koki saavansa apua sellaisissakin asioissa, joista he kokivat itse selviytävänsä. Tämä pisti miettimään, olikohan sekä kotihoidon hoitajien että hoitajien ja asiakkaan välinen informaatio ollut riittävää asiakkaan avuntarpeeseen liittyen. Asiakastyytyväisyyttä voitaisiin lisätä myös tuottamalla lisäpalveluna siivousapua kotihoidolta, koska osa haastateltavista koki tarvitsevänsä sellaista palvelua.

Asiakaslähtöisyys ei ole toteutunut tiedonsaannin osalta aivan jokaisen haastateltavan kohdalla, koska he eivät olleet tietoisia toimintakyvyn mittareista. Haastatteluista kävi ilmi, että haastateltavat eivät todennäköisesti olleet tietoisia myöskään hoito- ja palvelusuunnitelmasta, koska kukaan haastateltavista ei kertonut juuri sen tekoon osallistumisesta (vrt. Keipilä 2008). Asiakkaiden tietoisuutta toimintakyvyn mittareista sekä hoito- ja

palvelusuunnitelmasta voitaisiin lisätä informoimalla heitä niistä ja tekemällä ne yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Kotiin sairaalasta -tiimin tavoitteena on, että asiakas pärjäisi kotona ilman kotihoidon apua tiimin asiakkuuden jälkeen, mutta kaikilla haastatelluilla kotihoidon asiakkuus jatkui. Apu kotihoidolta oli kuitenkin vähäistä, koska haastateltavat kokivat selviytyvänsä lähes itsenäisesti monista arkipäivän rutiineista. Osalla omaiset ja läheiset tukivat haastatelluiden kotona selviytymistä (vrt. Ikonen 2011; Valta 2008). Haastatteluista tuli myös ilmi, ettei kukaan haastatelluista asiakkaista ollut joutunut uudestaan sairaalaan, yksittäisiä poliklinikkakäyntejä lukuun ottamatta, mikä kertoo siitä, että Kotiin sairaalasta -tiimin toiminta ei ole vaikuttanut ainakaan negatiivisesti haastateltavien toimintakykyyn.

8.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan kehittämisessä suunniteltaessa kotihoidon toimintaa mahdollisimman paljon asiakkaan tarpeita vastaaviksi. Toimintakyvyn mittaustuloksia voi hyödyntää selvittäessä, onko Kotiin sairaalasta -tiimi toiminut toivotunlaisesti kohti päämääräänsä vai onko jotakin, mitä tulisi toiminnassa parantaa. Haastateltavien määrä oli pieni ja voi olla, että haastateltaviksi suostuneiksi valikoitui sattumalta ne, jotka eivät tarvinneet paljon apua ja ne, joiden kotihoito jatkui.

Jatkotutkimuksina voitaisiin tutkia Kotiin sairaalasta -tiimin hoitajien käsitäyksiä asiakaslähtöisyydestä, hoitajien vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa, kuinka kuntouttavan työotteen käyttö eroaa eri hoitajien välillä ja hoitajien ja asiakkaiden välisiä eroja asiakkaan avuntarpeen arviointiin liittyen.

LÄHTEET

Ahonen, P., Lamminmäki, S., Suoheimo, M., Suokas, M. & Virtanen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Luettu: 30.9.2012. www.tekes.fi/fi/document/49804/matkaopas_pdf.

Arve, S., Eloranta, S. & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Artikkelit. Gerontologia 3/2009.

Finne-Soveri, H., Heinola, R. & Vilkkö, A. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. 2010. Teoksessa Karvonen, S. (toim.), Moisio, P. & Vaarama, M. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 60-77. Luettu: 16.8.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.

Finne-Soveri, H., Lahtinen, Y., Noro, A., Rajala, T., Talvinko, T. & Valvanne, J. 2007. Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoa vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakyky mittarin vertailu. Artikkelit. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 153–162. Luettu: 15.11.2012. ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/568/482.

Finne-Soveri, H., Muuri, A. & Vilkkö, A. 2010. Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Karvonen, S. (toim.), Moisio, P. & Vaarama, M. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 60-77. Luettu: 16.8.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.

Finnish Consulting Group. 2011. RAVA-lomake. Luettu: 11.12.2011. <https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>.

Forssan kaupunki. 2012. Ikäihmisten palveluopas 7/2012. Luettu: 2.9.2012. http://www.forssa.fi/UserFiles/forssa/File/Perusturva/IKAIHMISTEN%20PALVELUOPAS_7-2012_nettti.pdf.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa- kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu: 25.9. 2011. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf>.

Haukka, U-L., Kivelä, S-L., Pyykkö, V. & Vallejo Medina, A. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali –ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Luettu: 18.7.2012. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/hoito-palvelusuunnitelma/Documents/Ik%C3%A4ihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf>.

Heimonen, S-L. & Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.

Heinola, R. 2008. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes Oppaita 70. Helsinki 2008.

Hertto, P., Luoma, M-L., Manninen, O., Mukkila, S., Muurinen, S. & Vaarama, M. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu - Care Keys –projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4. Luettu: 7.5.2012. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/9f722f004a176e2694e7fc3d8d1d4668/06_4_hkotihoito.pdf?MOD=AJPERES.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu - tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hägg, T., Ivanoff-Lahtela, P., Rantio, M. & Suikki, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Ikonen, K. 2011. Ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityön pääaine. Itä-Suomen yliopisto. Luettu: 1.5.2012. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110369/urn_nbn_fi_uef-20110369.pdf.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Jussila, P. 2011. Kotihoidon muutostiimit ”Muutos alkaa, kun joku näkee seuraavan askeleen”. Kehittämistyö. Monisteita. Forssan kaupungin kotihoito.

Järnström, S. 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaa-

lityö. Tampereen yliopisto. Luettu: 10.5.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8508-4.pdf>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karppi, S-L. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Luettu: 1.10.2011. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>.

Keipilä, L. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Luettu: 8.5.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02530.pdf>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 2000. 22.9.2000/812. Luettu: 6.9.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi - hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa – yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden pääaine. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Luettu: 7.9.2012. https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d&groupId=122710.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito – 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf.

Perusturvalautakunta. 2010. Vanhusten kotihoidon kriteerit Forssan kaupungissa. Pöytäkirja. Pykälä 75. Luettu: 1.10.2011. <http://dynastia.forssa.fi/djulkaisu/kokous/2010969-7.HTM>.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sosiaali -ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki. Luettu: 12.5.2012. <http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Stakes. Helsinki. Luettu: 15.9.2012.
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>.

Valta, A.2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona-teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu: 5.5.2012.
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7521-4.pdf>.

Valtonen, L. 2002. RAVA-toimintakyvyn mittari - opas sisältöön ja käyttöön. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

LIITEET

Liite 1

Kysymyksiä teemahaastatteluun:

Asiakkuuden alkaminen

1. Minkälaisia kokemuksia teillä on sairaalasta kotiutumisesta?
2. Minkälainen kokemus teillä on Kotiin sairaalasta -tiimin ensimmäisestä arviointikäynnistä sairaalaan?
3. Miten teidät otettiin huomioon palvelun tarpeen arvioinnissa silloin kun teidät otettiin asiakkaaksi Kotiin sairaalasta -tiimiin?
4. Minkälaiseksi koitte toimintakyvyn arvioinnin? *toimintakyvyn mittaukset*
5. Miten saitte vaikuttaa teidän hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon?

Palvelut

6. Minkälaisia kotihoidon palveluja koitte tarvitsevanne kotiutuessanne?
7. Minkälainen kokemus teillä on palveluiden järjestämisestä?
8. Minkälaisia palveluja olisitte toivonut?
9. Mitä palveluita te olisitte mielestänne tarvinnut lisää kotona ollessanne?

Odotukset

10. Mitä odotitte Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnalta asiakkuutenne alussa?
11. Mitä odotitte Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan aikana?
12. Mitä odotitte Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan lopussa?
13. Miten odotuksenne toteutuivat?

Asiakkaiden omatoimisuus ja kotona pärjääminen

14. Miten olette selviytynyt kotona tällä hetkellä?
15. Mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja olette käyttänyt Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkuusajan jälkeen? *sairaanhoitajan- ja lääkärinvastaanottopalvelut, sairaalaan joutuminen uudestaan ym.*



SUOSTUMUS
OPINNÄYTETYÖHÖN
OSALLISTUMISESTA

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Wahreninkatu 11
30100 Forssa

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyön aihe	<u>Kotiin sairaalasta -tiimin toiminnan asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus</u>
Opinnäytetyön tekijät	<u>Annika Lindström</u>
Opinnäytetyötä ohjaava opettaja	<u>Leena Ahonen</u>

Opinnäytetyön toteutus

Aineistonkeruun menetelmä ja aikataulu

Aineistonkeruun menetelmänä käytän kvalitatiivista teemahaastattelua, jonka tarkoituksena on haastatteleamalla kartoittaa kokemuksianne sairaalasta kotiutumisen ja asiakkuudestanne Kotiin sairaalasta -tiimissä. Aineisto kerätään nauhoittamalla teemahaastattelut tammi-helmikuun 2012 aikana. Teemahaastattelun arvioitu kesto on noin puoli tuntia.

Aineiston käsittely ja raportointi

Teemahaastattelun tallenteita käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja ne säilytetään asianmukaisissa paikoissa ja hävitetään lopullisesti aineiston analysoinnin jälkeen. Teitä ei voida tunnistaa opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa ja opinnäytetyön luottamuksellisia tietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa. Valmis opinnäytetyö on julkinen ja opinnäytetyöni julkaistaan marraskuussa 2012.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä aineiston keruusta. Olen selvillä, että minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä.

____/____ 20____

Opinnäytetyöhön osallistujan allekirjoitus

ARVIOINTILOMAKE (RAVA-INDEKSI)

© Suomen Kuntaliitto

LIITE 1

Kunta: _____		Alue: _____		Aluekoodi: _____	
		Sukupuoli: M N		Palvelun tuottajan koodi: _____	
Asumismuoto:		Koti	Palvelutalo, tavallinen	Y	K
		Vanhainkot	Y	K	Hoiva-/pitkäaikaissairaala
				Y	K
Kotipalvelutunnit kuukaudessa		Y	tuntia/kk	Kotipalvelukerrat kuukaudessa	Y
		K	tuntia/kk		K
Kotisairaanhoidotunnit kuukaudessa		Y	tuntia/kk	Kotisairaanhoidokerrat kuukaudessa	Y
		K	tuntia/kk		K
Hoitoisuus:		0 2 4 6 8 10			
rastita oman tuntemuk- sesi mukaan janalle		Helppo	Kohtalaisen helppo	Keskiraskas	Raskas
					Erittäin raskas
1. Näkö	1	Normaali (silmalasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia			
	2	Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä			
	3	Sokea			
2. Kuulo	1	Normaali, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä			
	2	Alentunut, apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen			
	3	Kuuro			
3. Puhe	1	Normaali, tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta			
	2	Epäselvä, puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu			
	3	Alasia, sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvytön			
4. Liikkuminen	1	Normaali, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)			
	2	Epävarma, horjahtelua, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi			
	3	Telinekavelijä, tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä			
	4	Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyy omatoimisesti			
	5	Talutettava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein			
	6	Kaatuiteleva, apuvälineistä huolimatta kaatuilua toistuvasti			
	7	Nostettava pyörätuoliin, nostettava pyörätuoliin 1 -2 henkilön avustamana			
	8	Vuodepotilas, potilas hoidetaan vuoteeseen			
5. Virtsa	1	Normaali, tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele			
	2	Kasteleva, ei tunnista virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa			
	3	Katri, virtsaa katetrin kautta			
6. Uloste	1	Normaali, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa, ei tuhri			
	2	Alle, ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle/vaippaan			
	3	Tuhri, puutetta pidatyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja			
	4	Toimitettava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita			
7. Syöminen	1	Itse, tiedostaa nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua			
	2	Autettava, tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle			
	3	Letkuruokinta, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaletkuruokinta			
	4	Syötettava, Täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedostaa nälän			
8. Lääke	1	Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä			
	2	Autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin/annosmukiin, joista potilas ottaa itse			
	3	Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne			
9. Pukeutuminen	1	Itse, tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asianmukaisesti			
	2	Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa			
10. Peseytyminen	1	Itse, tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)			
	2	Autettava, täysin tai osittain autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)			
11. Muisti	1	Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset			
	2	Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan			
	3	Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa			
12. Psykke/ käytös	1	Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa			
	2	Masentunut, allापain, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein			
	3	Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms.			
	4	Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös/puhe			
	5	Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita			
	6	Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua			
	7	Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia/tajuton			

ARJESSA SELVIYTYMISEN PROFILI (ASP)

Asiakkaan nimi:		Henkilötunnus:
Arjessa selviytymistä kartoittavat tekijät:		
Pisteet	1. Ruokahuolto	
<input type="checkbox"/> 2	Käy itse kaupassa, pystyy itse laittamaan ruokaa ja syömään.	
<input type="checkbox"/> 1	Tarvitsee apua kaupassa käynnissä. Pystyy itse laittamaan ruokaa tai lämmittämään valmiin ruoan ja syömään.	
<input type="checkbox"/> -1	Pystyy itse syömään, kun ruoka tuodaan ja laitetaan tarjolle	
<input type="checkbox"/> -2	Ei pysty itse syömään tai huolehtimaan syömisestään huonon muistin tai psyykkisen sairauden takia tai kärsii esimerkiksi aliravitsemustilasta.	
Pisteet	2. Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito	
<input type="checkbox"/> 2	Huolehtii itse henkilökohtaisesta hygieniasta, pyykinpesusta, vuoteensijauksesta ja siivouksesta.	
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse henkilökohtaisesta hygieniasta, mutta tarvitsee apua esimerkiksi pyykinpesuun ja/tai siivoukseen.	
<input type="checkbox"/> -1	Tarvitsee säännöllisesti apua pesuissa, mutta selviytyy yleensä itsenäisesti WC-käynneistä.	
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä pesuista eikä WC-käynneistä tai tuhrii usein tai tarvitsee apua usein myös öisin.	
Pisteet	3. Asumisolosuhteet	
<input type="checkbox"/> 2	Asuinympäristö toimiva ja pääsee halutessaan itsenäisesti ulos.	
<input type="checkbox"/> 1	Asuinympäristö kohtuullinen ja/tai hissittömyys vaikeuttaa, muttei estä täysin liikkumista.	
<input type="checkbox"/> -1	Asuinympäristö ei ole toimiva. Esimerkiksi pääsee vain autettuna asunnosta ulos tai pesu ja/tai WC-tilat hankalat, mutta mahdollisesti asunnon muutostöillä korjattavissa.	
<input type="checkbox"/> -2	Pesu ja/tai WC-tilojen puutteet tekevät kotihoidon mahdottomaksi eikä korjausmahdollisuutta ole. Asunnossa ei voi asua tai uhkana on asunnon menetys.	
Pisteet	4. Taloudellinen tilanne	
<input type="checkbox"/> 2	Selviää omilla tuloillaan. Taloudellisessa tilanteessa ei näytä olevan ongelmia.	
<input type="checkbox"/> 1	Selviää omilla tuloillaan, kun etuudet, kuten asumistuki tai eläkkeensaajan hoitotuki haettu.	
<input type="checkbox"/> -1	Taloudellisia vaikeuksia, kun suuria menoja, esimerkiksi sairauskuluja.	
<input type="checkbox"/> -2	Toimeentulotuen tarvetta. Mahdollisesti velkaantunut tai rahat eivät tunnu riittävän edes ruokaan.	
Pisteet	5. Turvallisuuden tunteen kokeminen	
<input type="checkbox"/> 2	Elämänsä tyytyväinen, positiivinen elämään suhtautuminen.	

<input type="checkbox"/> 1	Kokee olonsa turvalliseksi, koska luottaa saavansa apua tarvittaessa, esimerkiksi turvapuuhelmella.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittaista turvattomuutta, ahdistusta, levottomuutta tai alakuloa. Voi hakea turvaa, esimerkiksi soittamalla ja/tai päivystyspalveluja käyttämällä tms.
<input type="checkbox"/> -2	Pelko, ahdistus tai masennus haittaavat jokapäiväistä elämää. Esimerkiksi voi takertua muihin ihmisiin, on itsemurhariski tms.
Pisteet	6. Ulkoinen elämäntilanne
<input type="checkbox"/> 2	Aktiivinen elämäntilanteessaan, esimerkiksi harrastuksia, sosiaalisia suhteita.
<input type="checkbox"/> 1	Passiivisen oloinen, muttei erityisiä ongelmiakaan.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittain ongelmia, esimerkiksi huonon muistin, päihteidenkäytön, masentuneisuuden tai muiden psyykkisten oireiden takia.
<input type="checkbox"/> -2	Vaaraksi itselleen tai ympäristölleen: esimerkiksi eksynyt toistuvasti lähiympäristössä tai aiheuttanut tulipalovaaran tai päihteidenkäyttö tai lääkkeiden käyttämättömyys vaarantaa voimakkaasti selviytymistä tai ei pysty itse tarvittaessa hälyttämään apua.
Pisteet	7. Käytännön asioiden hoito
<input type="checkbox"/> 2	Selviää itsenäisesti, huolehtii itse raha-asioiden hoidosta ja asioinneista.
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse asioiden hoidosta, esimerkiksi kuljetustuen turvin tai omaisten tai muiden tuttavien auttamana.
<input type="checkbox"/> -1	Ei selviä itsenäisesti, tarvitsee viranomaisten tukea asiointiin. Pystyy antamaan valtakirjan.
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä itsenäisesti eikä ymmärrä asioiden hoidon merkitystä. Voi olla hyväksikäyttöä tai sen vaara auttamistilanteissa. Tarvitsee mahdollisesti edunvalvojan.
Pisteet	8. Ihmissuhteet
<input type="checkbox"/> 2	Sosiaalinen verkosto toimii: läheinen tai läheisiä, joihin hyvät suhteet ja joilta saa tukea.
<input type="checkbox"/> 1	Sosiaalinen verkosto on. Tyytyväinen elämäntilanteeseensa, vaikka olisi paljon yksinkin.
<input type="checkbox"/> -1	Sosiaalinen verkosto on heikko. Esimerkiksi hoitava läheinen on väsynyt, läheiset esittävät hyvin ristiriitaisia näkökantoja keskenään tai asiakkaan kanssa tämän hoidosta. Asiakas kokee itsensä ajoittain yksinäiseksi.
<input type="checkbox"/> -2	Sosiaalista verkostoa ei ole tai se on lakannut. Voi olla esimerkiksi kaltoin kohtelua tai epäily siitä tai jonkinlainen kriisitilanne.
Pisteet	9. Sairaanhoidollinen tarve
<input type="checkbox"/> 2	Selviytyy itse sairaanhoidollisista tarpeistaan
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse sairaanhoidollisista tarpeistaan, tarvitsee jonkin verran apua ja ohjausta selviytyäkseen hoidosta
<input type="checkbox"/> -1	Tarvitsee säännöllisesti apua esim. kerran viikossa sairaanhoidollisista tarpeistaan selviytyäkseen
<input type="checkbox"/> -2	Tarvitsee päivittäin apua sairaanhoidollisista tarpeistaan selviytyäkseen

Arjessa selviytymisen profiili:

Merkitse ensin rastit niihin ruutuihin, jotka vastaavat edellä valitsemiasi vaihtoehtoja. Voit piirtää profiilin laittamalla viivat rastittamiesi ruutujen välille. Mikäli piirrat viivat tietokoneella, sinun on poistettava lomaketiedoston suojaus ja valittava Wordin piirto-ominaisuus komennolla Työkalut – Mukauta - Piirto

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2= Voimavaroja – selviytyy itsenäisesti.

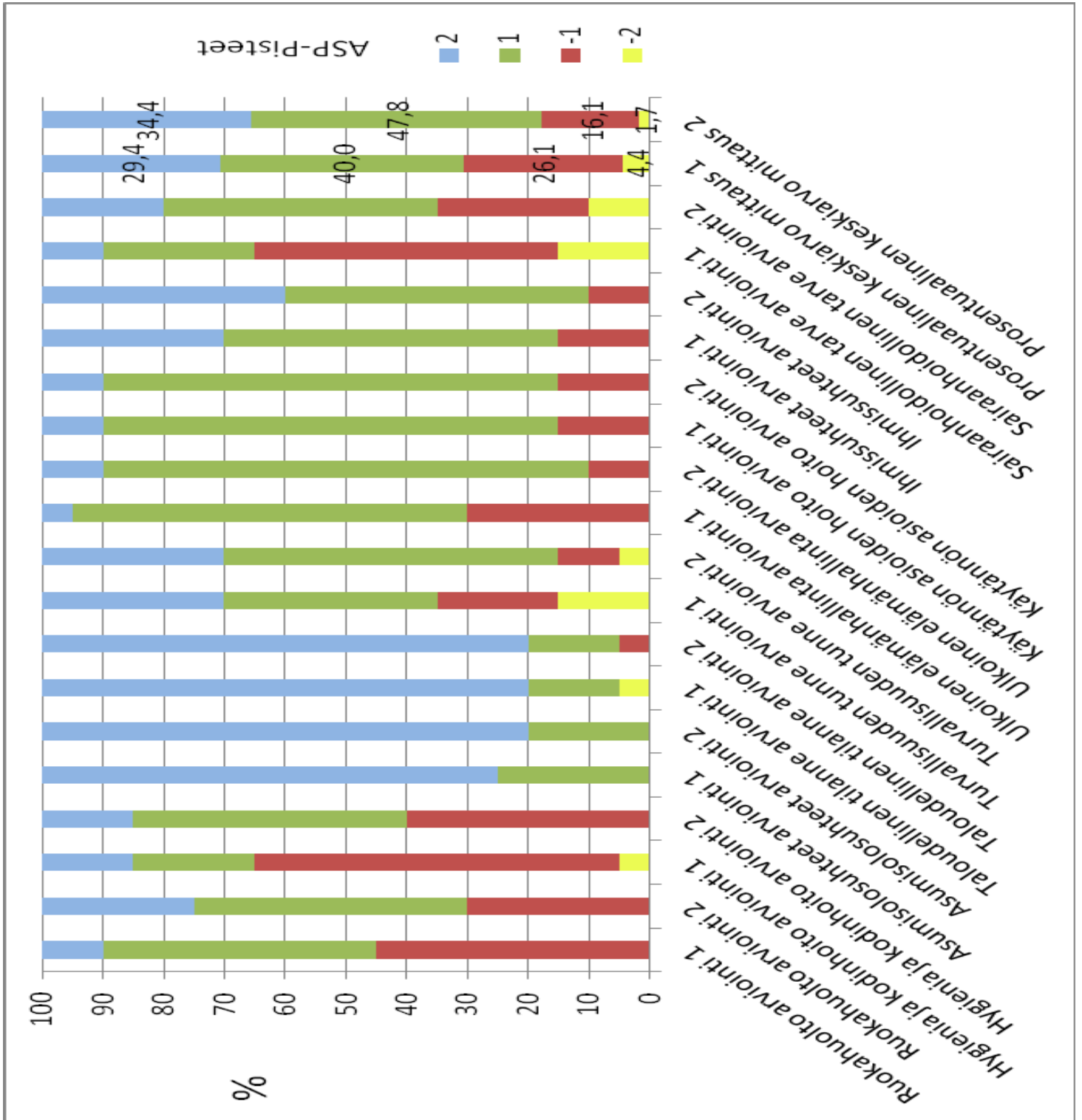
1= Selviytyy itsenäisesti tai tukipalvelujen tai yksityisten palveluntuottajien tai etuuksien turvin

- 1= Tarvitsee apua. Tehdään tilanteen arviointi ja tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelma.

- 2 = Tarvitaan tilanteen selvittäminen. Yhteydenotto, esimerkiksi lääkäriin tai sosiaalityöntekijään.

Laatijan allekirjoitus

Päiväys



Kaavio 2 Arjessa selviytymisen profiilin arvioinnit (N= 20)

