



**”ASIAKAS ITSE ON SE KAIKISTA SUURIN JA  
LÄHEISIN YHTEISTYÖKUMPPANI JA HÄNEN  
OMAISENSA”**

Potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolta hoitajien kuvaamana

Päivi Tanner-Paasto

Opinnäytetyö

Marraskuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TANNER-PAASTO PÄIVI:

”Asiakas itse on se kaikista suurin ja läheisin yhteistyökumppani ja hänen omaisensa”

Potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolta hoitajien kuvaamana

Opinnäytetyö 42 s., liitteet 4 s.  
Marraskuu 2010

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolla sairaanhoitajien kokemana tapahtuu. Työn tehtävänä oli selvittää miten Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitajat kokevat potilaan kotiuttamisen. Työn tavoitteena oli tuotetun tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien tietoa potilaan kotiuttamisesta ja siten kehittää potilaan hoitotyön jatkuvuutta.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastattelin kuutta sairaanhoitajaa Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolla. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Teoreettisena lähtökohtana toimivat aiheeseen liittyvät keskeiset käsitteet.

Haastattelujen avulla saatiin selville kotiuttamisen kulku. Todettiin että, kotiuttamisvalmistelujen pitää alkaa heti potilaan osastolle tultua. Hoivapaikkojen vähäisyydestä johtuen osastolla hoidetaan potilaita, jotka eivät sairaalahoitoa tarvitse. Osaston paikkatilanteesta johtuen joudutaan nopeisiin kotiutuksiin, mikä vaikeuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumista ja stressaa sairaanhoitajia. Jatkoisjoituspalaveri helpottaa osaston sairaanhoitajien työtä ja parantaa, sekä turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Kirjaaminen on merkityksellistä, koska hoitajien teksteistä näkyy potilaan toimintakyky, kuntoutumisen vaihe ja selviytyminen. Yhteistyö kotihoidon ja omaisten kanssa on sujuvaa.

Kotiuttamiseen toivotaan suunnitelmallisuutta ja valmistelua, sekä kotiuttamis päätös toivotaan ajoissa ja etukäteen. Kotiuttamiskriteerien tasavertaistamista toivotaan. Kotihoidon työntekijöiden mielipide osastolta kotiutuneen potilaan kotiuttamisjärjestelyistä on mahdollinen jatkotutkimusaihe. Potilaskysely potilaille tai omaisille jatkossa mahdollistaa laadukkaan hoitotyön toteutumista ja kehittää kotiuttamisjärjestelyjä, mutta myös parantaa yhteistyötä.

---

Asiasanat: kotiuttaminen, vuodeosasto, hoidon jatkuvuus, asiakaslähtöisyys

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

TANNER-PAASTO PÄIVI:

“Patient and His/Her Relatives Are the Greatest and Closest Cooperation Partners”

Patient Discharge from the Ikaalinen Health Centre Ward described by Nurses

Bachelor’s thesis 42 pages, appendices 4 pages.

November 2010

---

The purpose of this study was to describe how patient discharge is carried out in the Ikaalinen Health Centre ward. The aim of this study was to increase nurses’ knowledge of patient discharge.

The method of this study was qualitative. The data were collected through in-person interviews. The data were analysed by means of qualitative content analysis.

The discharging of a patient was described by nurses in this study. The results revealed that the planning of discharge must begin immediately when the patient arrives at the ward. Because of the lack of beds, patients may have to be discharged suddenly and unexpectedly. In addition, there are patients who do not need hospital care in the ward. Patients’ further care is nearly always determined in a meeting about his/her further placement. The cooperation with the outpatient care and close relatives is good and reliable.

It was found that, the discharging plans must be done well in advance. Further studies on the subject, for example surveys on discharging aimed at patients, their relatives, or home care staff, could give important and interesting information about the good quality of nursing and how to develop it.

---

Keywords: patient discharge, ward, continuity of treatment, client orient

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
2.1	Ikaalisten terveystieteiden vuodeosasto .....	7
2.2	Potilaan kotiuttaminen ja potilaan kotiutuminen .....	8
2.3	Potilaan jatkohoidon turvaaminen .....	10
2.4	Asiakaslähtöisyys kotiuttamisessa .....	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE .....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	17
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä .....	17
4.2	Aineiston keruu .....	18
4.3	Aineiston analysointi .....	19
5	POTILAAN KOTIUTTAMINEN HOITAJIEN KUVAAMANA .....	21
5.1	Potilaan kotiuttamisen valmistelu ja potilaslähtöisyys kotiuttamisessa.....	21
5.2	Potilaan kotiutuskelpoisuus, toimintakyky ja apuvälineet .....	23
5.3	Potilaan jatkohoidon turvaaminen .....	24
5.4	Jatkohoitopaikan tarvitsemat tiedot potilaasta .....	26
5.5	Vuodeosaston tarvitsemat tiedot jatkohoitoon tulevasta potilaasta .....	27
5.6	Sairaanhoitajien mielestä kehitettävää kotiuttamisessa .....	28
6	POHDINTA.....	30
6.1	Tulosten tarkastelu.....	30
6.2	Työyhteisön kehittämishaasteet.....	35
6.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	36
6.4	Opinnäytetyön luotettavuus .....	37
6.5	Opinnäytetyön tuloksista nousevat jatkokehittämissuositukset .....	38
	LÄHTEET .....	39
	LIITTEET.....	43

## 1 JOHDANTO

Ikaalisten illan (2005) päivitetyn muistion mukaan vanhusten määrä ja palvelujen tarve kasvaa Ikaalisissa koko ajan. Myös palveluasumista tai ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevien määrä on nouseva. Voimakas palvelutarpeen kasvattaja on dementia ja muistisairaudet. Tiedostettu ongelma Ikaalisissa on ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien jatkopaikkojen vähäisyys, mikä on hankaloittanut kotiuttamisia jo kauan ja vuodeosasto toimii usein potilaan säilytyspaikkana.

Ikaalisten vanhustenhuoltoa on ohjannut Ikaalisten illan malli, ikaalislainen vanhustenhuollon strategia vuosina 1995-2005. Strategiset, päivitettyt tavoitteet vuosille 2010 ja 2015 ovat: hyvän elämän jatkuvuuden turvaaminen, ikääntyneen yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden turvaaminen ja turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen.

Vanhustenhuollon tarkoituksena on luoda edellytykset ikääntyneiden asumiselle omassa kodissaan, tutussa ympäristössä, mahdollisesti jopa kuolemaansa asti. Tämä toiminta mahdollistuu vain ikääntyneiden, omaisten, eri hallintokuntien viranhaltijoiden, yksityisen, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten yhtenäisellä ja saumattomalla yhteistyöllä. Tällä toiminnalla pyritään edistämään ikääntyneiden arvostamista, hänen omien voimiensa, omatoimisuutensa, yksilöllisyytensä ja itsemääräämisoikeutensa tukemista ja turvallisuutta. ( Ikaalisten ilta 2005, 15.)

Opinnäytetyöni aihe on työyhteisölähtöinen ja perustuu työelämän tarpeisiin. Vuodeosaston osastonhoitaja ehdotti kotiuttamista käsiteltäväkseni ja pohdittuani hetken lupasin sen opinnäytetyöni aiheeksi ottaa. Ikaalisten kaupungin Hoiva- ja hoitopalveluiden yhdistyminen, siitä johtuva organisaatiomuutos, sekä tuleva mittava terveyskeskuksen uudisrakentaminen ja sen mukanaan tuomat muutokset ovat syitä miksi toimintaa pitää kehittää.

Terveyskeskuksen uudisrakennukseen tulee erillinen pienkotityyppinen kotiuttamisosasto, missä potilas voi kokeilla pärjäämistään tuetussa turvallisessa ympäristössä. Osasto mahdollistaa potilaan entistä paremman yksilöllisen huomiointamisen jo kotiuttamista suunniteltaessa, sekä potilaan onnistuneen kotiuttamisen. Opinnäytetyöni antaa tietoa kotiuttamisen kulusta, sujuvuudesta ja sen mahdollisista ongelmista.

Mielenkiintoani kotiuttamista kohtaan lisää sen suuri merkitys sairaanhoitajan toimenkuvassa. Opinnäytetyöni kautta tulee yhteistyötahot ja kotiuttamiskäytännöt tutuiksi ja lisäksi saan mahdollisuuden kehittää toimintaa. Käsittelen siis opinnäytetyössäni kotiuttamista sairaanhoitajan näkökulmasta.

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössäni ovat lkaalisten terveyskeskuksen vuodeosasto, potilaan kotiuttaminen, jatkohoidon turvaaminen ja asiakaslähtöisyys.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosasto

Terveyskeskus on Suomessa perusterveydenhuollossa ensisijaisesti kunnan ylläpitämä yksikkö. Kansanterveyslaissa (28.1.1972/66) kunnallisiksi kansan terveystyön tehtäviksi määritellään mm. kunnan asukkaille järjestettävät terveysneuvontapalvelut, sairaankuljetuspalvelut, sairaanhoitopalvelut, terveydenhuolto ja hammasterveydenhuolto.

Suomessa terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2008 yhteensä 151 380 potilasta, joiden keski-ikä oli 75 vuotta. Miesten osuus hoidetuista oli 41% (Stakes, tilastot). Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolla oli vuonna 2008 yhteensä 569 kpl päättynyttä hoitajaksoa, sairaalasiirtoa tai kotiutusta. Miesten osuus hoidetuista potilaista oli 42,2%.

Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökuntaan kuuluvat: osaston lääkäri, osastonhoitaja, 10 sairaanhoitajaa, 10 perus/lähihoitajaa, 2 varahenkilöä(lähihoitajia), 5 laitoshuoltajaa, fysioterapeutti osan päivästä, kuntohoitaja ja osastosihteeri.

Vuodeosastolla on 40 potilaspaikkaa, joista noin puolet pitkäaikaispotilaita. Vuodeosastolla toteutetaan Positiivi Kehittämishankkeen (2009) mukaan asiakaslähtöistä, tasapuolista ja oikeudenmukaista, suunnitelmallista, inhimillistä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa hoitotyötä. Hoitotyötä toteutetaan kiinteässä yhteistyössä potilaan tukiverkoston, sekä muiden palveluun osallistuvien kesken. Sairaalan motivoitunut, ammattitaitoinen, jatkuvasti kehittyvä henkilökunta työskentelee potilaan parhaaksi, toteuttaen suunnitelmallista hoitotyötä. Työyhteisö toimii avoimesti, sekä toisen työtä arvostaen ja kunnioittaen.

Opinnäytetyössäni Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosasto on pääpaikka ja tapahtumien keskipiste.

## 2.2 Potilaan kotiuttaminen ja potilaan kotiutuminen

Potilaan kotiuttaminen on hoitohenkilökunnan tekemää toimintaa. Moniammatillinen yhteistyö sairaalan / terveyskeskuksen henkilökunnan ja muiden yhteistyötahojen kesken mahdollistaa laadukkaan, oikea-aikaisen, kaikkia osapuolia, ja erityisesti potilasta tyydyttävän kotiuttamistapahtuman. Potilaan kotiuttamista hoitohenkilökunnan näkökulmasta ovat tutkineet mm. Pahikainen (2000), Gardner (2002), Salomaa (2004), Silmonen (2005), Rupponen (2007), Suontausta (2007), ja Järvinen (2009).

Pahikainen (2000) selvitti hoitajien tärkeimpänä pitämiä näkemyksiä hyvän kotiuttamisen edellytyksistä, ja niiden toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Tärkeimpinä asioina pidettiin potilaiden avuntarpeen selvittämistä ja tarvittavien kotihoiton (kotisairaanhoido, kotipalvelu) palveluiden järjestämistä, kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antamista ja tietoa potilaille, mihin voi kotihoiton mahdollisten ongelmien ilmetessä yhteyttä ottaa. Esteiksi hyvälle kotiuttamiselle mainittiin lyhyet hoitoajat, liian vähän aikaa kotiuttamiselle, rauhallinen ohjauskeskustelutila puuttuu, yhteistyön ja tiedonkulun puutteet organisaatioiden ja työntekijäryhmien välillä, sekä potilaiden liian aikainen ja liian huonokuntoisena kotiuttaminen.

Salomaa (2004) kuvasi vanhuspotilaan kotiuttamisia perusterveydenhuollosta kotihoitoon, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kuvaamana. Tutkimuksella tavoiteltiin tietoa hoitajien toiminnasta, miten he arvioivat vanhuspotilaan kotiuttamiskuntoa ja yhteistyötä eri organisaatioiden välillä kotiuttamistilanteessa. Tutkimustuloksena syntyi vanhuksen kotiuttamismalli, mikä korosti vanhuksen kotiuttamisen valmistelua ja kuntoisuuden arviointia, sekä luottamuksellisen yhteistyön luomista ja hoitajien välistä yhteistyötä.

Rupponen (2007) kuvasi tutkimuksessaan vanhuspotilaan kotiutuspolkua sekä sairaalassa, että kotihoidossa työskentelevien hoitajien näkökulmista tarkasteltuna. Hänen tutkimuksessaan henkilökunnan mielestä vanhuksen kotiutusta suunniteltaessa on tärkeää pitää kotihoiton, potilaan ja omaisten yhteinen pala- veri, hoitoneuvottelu. Ennen kotiuttamista järjestettävät kotikäynnit esimerkiksi



fysioterapeutin toimesta, koetaan hyväksi toimintatavaksi. (Rupponen 2007, 60).

Suontausta (2007) kiinnitti huomionsa moniammatillisen työryhmän, eli kotiutus-tiimin toimintaan asiakkaan kotiutustilanteessa. Potilaan kotiutuminen on potilaan suorittama tapahtuma, hänen fyysinen kotiin menonsa. Potilaan kotiutumis-ta, potilaan näkökulmasta ovat tutkineet mm. Koponen (2003), Rantasalo (2007) ja Hammar (2008). Keskinen (2008) tarkasteli hyvän kotiutumisen edellyt-tyksiä sekä potilaan, kotihoidon, että sairaalan henkilökunnan näkökulmista.

Hammarin (2008, 24) mukaan kotihoitoa ja kotiutumista on mahdollista kuvata tapahtumasarjana, johon kuuluvat toiminnan suunnittelu, tavoitteiden ja keino-jen määrittäminen, toteutus ja arviointi.

Ikäihmisen laitoksesta kotiutumisen tulee perustua lääketieteellisen arvion li-säksi hänen omaan tahtoonsa kotiutua. Kotiuttamisen tavoitteena on luoda ikääntyneelle turvallinen lähtökohta selviytyä kotona. Onnistunut kotiutus antaa mahdollisuuden kotona asumiseen mahdollisimman pitkään. Hyvä kotiutus pe-rustuu laitoksesta kotiutuvan ikäihmisen elämäntilanteen kartoittamiseen. Kotiu-tuksessa korostuvat ikäihmisen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudel-listen resurssien tunnistaminen ja tukeminen. Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotiutuksen perusta. Ikäihmisen tarpeiden sekä hoito- ja palvelujärjestelyiden huolellinen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan varmistaa kotiutusjärjes-telyjen menestyksen. Kotiuttaminen on moniammatillista yhteistoimintaa. Toimi-joina iäkkään ja hänen omaisensa kanssa ovat mm. sairaalan hoitava lääkäri, omahoitaja, avopalveluohjaaja, kotisairaanhoidosta vastaava työntekijä, fysio-te-rapeutti sekä sosiaalityöntekijä. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2008, 128.)

Hammarin (2008, 27) mukaan kotiutumisen toteutuksesta vastaa sairaalassa potilaan oma-, kotiutus- tai yhdyshoitaja. Kotiutumiseen on todettu liittyvän mo-nia ongelmia, kuten valmistelemattomia kotiutuksia, puutteita hoidon jatkuvuu-nessa, katkoksia tiedonkulussa ja vastuun siirtämisessä eri tahojen kesken, se-kä yhteisten hoitotavoitteiden puuttumista. Kotiutumisen viivästymisiä ovat ai-

heuttaneet kotihoitopalveluiden valmistelun keskeneräisyys, apuvälineiden odottaminen ja asiakkaiden tai omaisten kotiutumisen vastustaminen.

lääkään asiakkaan kotiutumisen onnistuminen vaatii jatkuvaa ja riittävää apua kotona, palveluiden integrointia ja palveluiden tuottajien saumatonta yhteistyötä. Tämän edellytyksenä on erikoissairaanhoidon, avohoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden välisen yhteistyön ja kotiutumiskäytäntöjen jatkuva kehittäminen. (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003,11.)

Koponen (2003) tutki potilaan siirtymistä kodin ja sairaalan välillä, tarkoituksenaan kehittää substantiivinen, käytännön toimintaa jäsentävä teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenten ja hoidonantajien yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Teoria tuotti hypoteesin, että kontaktin toimivuus ja yhteistyön intensiteetin kelvollisuus ovat yhteydessä yhteiseen näkemykseen yhteistyön tarkoituksesta selviytymisessä ja kohdatessa muutoksia, selviytymisen yrittämiseen, sekä paneutuvan avun saamiseen ja puuttumiseen.

Keskinen (2008) tarkasteli hyvän kotiutumisen edellytyksiä potilaan, kotihoiton ja sairaalan henkilökunnan näkökulmista, aikaansaadakseen kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari. Vastauksia tehtävään haettiin aiemmista tutkimuksista, PALKO-hankkeesta ja terveyskeskuksen henkilökunnalle suunnatusta kyselystä. Arviointimittarista haluttiin konkreettinen apuväline tarkastella kotiutuksen edellytyksiä. Mittaria haluttiin käyttää myös koulutus- ja kehittämistarpeiden esille tuojana, ja perehdytyksessä sekä keskustelun pohjana kuntoutuskokouksissa.

### 2.3 Potilaan jatkohoidon turvaaminen

Gardner ym. (2002) kuvasi kotiutushoitajan toimintaa vanhuksen kotiutusprosessin eri vaiheissa. Hänen tavoitteenaan oli tuottaa laaja-alaista tietoa koti-

tushoitajan toiminnasta, hyödynnettäväksi jatkossa kehitettäessä vanhuspotilaiden kotiuttamiskäytäntöjä.

Kotiutusjärjestelyissä huomioon otettavat seikat: Kotiutusjärjestelyt aloitetaan ajoissa, riippuen siitä kuinka pitkään laitoshoido on kestänyt. Otetaan yhteys ikääntyneen aikaisempiin hoitotahoihin, jotta saadaan tietoa hänen aiemmasta kotona selviytymisestään. Järjestetään hoitoneuvottelu, jossa laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma iäkkäälle. Hoitoneuvotteluun otetaan mukaan kaikki kotiutukseen osaa ottavat tahot. Myös vapaaehtoistoiminnan tarjoamat mahdollisuudet otetaan huomioon. (Ahonen ym. 2008 128-129.)

Ikääntyneelle järjestetään hänen tarpeitaan vastaava ja joustava hoitoverkosto. Hoidossa ja palvelussa otetaan huomioon iäkkään toiveet, tarpeet ja oikeat hoito- ja palvelumahdollisuudet. Selvitetään ikäihmisen ns. epävirallinen turvaverkosto. Ikääntyneen kanssa tehdään kotikäynti ennen varsinaista kotiutumista. Järjestetään ennen varsinaista kotiutumista tarvittaessa ns. kotiloma. Arvioidaan ikääntyneen päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen, apuväline- ja turvahälytintarve, sekä mahdollisten kodin muutostöiden tarve. Selvitetään jatkokuntoutuksen tarve ja järjestetään tarpeen mukaan joko julkisen tai yksityisen sektorin toteuttama kuntoutuspalvelu. Annetaan tarvittaessa ikääntyneelle hoitotakuu, eli lääkärin hyväksymä mahdollisuus palata suoraan takaisin osastolle, mikäli kotiutuja ei selviydykään kotona. Järjestetään tarvittaessa sosiaalityöntekijän toimesta ikääntyneelle lyhythoitajakso, tai säännöllinen jaksottaishoito laitoksessa. (Ahonen ym. 2008, 129.)

Tavoitteena on ihmisten mahdollisuus elää mahdollisimman pitkään täysipainoista elämää ilman, että toimintakyvyn rajoitukset ja sairaudet olennaisesti alentavat elämänlaatua ja että hoito ja palvelut järjestetään vanhuksen ihmisarvoa sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittavalla tavalla (STM 2007, 13).

Omaisilla on merkittävä rooli ikääntyneen kotiutuessa. Heillä on suuri vaikutus ikääntyneen kotona selviytymiseen ja turvallisuuden emotion kokemiseen. Ikääntynyt on kotiutuessaan usein voimakkaiden tunteiden vallassa. Hänellä on

positiivisten odotusten lisäksi myös kotiutukseen liittyviä huolia. Omaiset tarvitsevat ikääntyneen kotiutuessa monipuolista tietoa ja tukea tämän muuttuneessa tilanteessa. Omaiset tarvitsevat myös ohjausta omaksuakseen kuntouttavan työtteen. (Ahonen ym. 2008, 131.)

Omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon perustuu aina asiakkaan ja omaisten omaan tahtoon. Onnistunut yhteistyö omaisten kanssa on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet, joten siihen kannattaa tietoisesti panostaa koko moniammatillisen työryhmän tasolla. (Vaarama & Voutilainen 2008, 77.)

Vesterisen (1999, 47) mukaan omaisten merkitys potilaan tukena kotiutuksen suunnittelussa on tärkeää, koska yleensä he tietävät ja tuntevat potilaan elämäntilanteen hoitohenkilökuntaa paremmin. Järvinen (2009, 31) korostaa omaisten tärkeätä roolia asiakkaan kotiutuksen suunnittelussa ja kotiutuksessa. Myös Rantasalo (2007, 53) on tullut tutkimuksessaan siihen tulokseen, että omais-, ystävä- ja muilla tukiverkostoilla on tärkeä merkitys kotiutumisen onnistumisessa.

Pöyryn & Perälän (2003, 14 - 15) mukaan henkilöstön yhteistyö ja tiedonvaihto sosiaali- ja terveydenhuollossa on asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja saumattomien palveluiden saavuttamisen väline. Yhteistyötä on monella tasolla, asiakkaan kanssa, työtovereiden kanssa ja yli organisaatorajojen. Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedonvaihto, jossa henkilöstö tutustuu toisiinsa ja saa tietoa toistensa toiminnasta, luo edellytyksiä ja jatkuvuutta asiakaskohtaiselle yhteistyölle, esimerkiksi sairaaloiden ja kotisairaanhoidon toimipisteiden välillä kotiutumistilanteessa. Joissakin kunnissa toimii vanhustenhuollon yhteistyöryhmä, jossa on edustajia mm. kotisairaanhoidosta, kotipalvelusta ja terveyskeskuksen vuodeosastolta.

Pahikaisen (2000, 71) tutkimuksen mukaan hyvä yhteistyö ja joustava tietojen siirtyminen sairaalan ja avohoidon välillä on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisen kotiutumisen kannalta. Koposen (2003, 117) mukaan siirtymisvaiheessa tapahtuvassa hoidonantajien yhteistyössä on olennaista toimivan kontaktin tunnistaminen, hyödyntäminen ja yhteistyön intensiteetin säätäminen

tilannekohtaisesti sairaalan ja kotihoidon tiimeissä, sekä sairaalan ja kotihoidon yhteyshenkilöiden välillä.

#### 2.4 Asiakslähtöisyys kotiuttamisessa

Ikäihmisten hoidossa ja palvelussa asiakslähtöisyys tarkoittaa että, hoitoa ja palveluja saava ikääntynyt asiakas on ”ytimessä”, kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta: ”Entäpä jos minä olisin tuo asiakas, miten haluaisin meneteltävän?” Asiakslähtöisessä ajattelussa asiakas on hoidon ja palvelun laadun suhteen kokija, kontrolloija, neuvonantaja ja kehittäjä. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2008, 38.)

Asiakslähtöisyys on palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä, palvelua vastaanottavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakslähtöisesti toimivan organisaation toiminta suunnitellaan siten, että palveluja vastaanottavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on intensiteettinsä mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja palvelun vaikutusten arvioimisessa. (STM 2008, 49.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista mainitaan että, potilasta pitää hoitaa yhteisymmärryksessä tämän kanssa (17.8.1992/785).

Kotiutusprosessin joka vaiheessa korostuu asiakslähtöisyys, moniammatillisuus ja perhekeskeisyys. Kotiutusvalmiuden arviointiin ja sen pohjalta tehtävään kotiutuspäätökseen osallistuu vanhus, omaiset sekä monien eri ammattikuntien jäsenet. Kun kotiutuspäätös on tehty, aloitetaan kotiutuksen organisointi. Tarkempi kotiutusajankohta selvitetään organisoinnin edetessä. Kaikki edellä mainitut tahot ovat keskeisesti mukana, vaikkakin pääasiallinen vastuu organisoinnista on hyvä nimetä yhdelle henkilölle. (Gardner ym. 2002, 18 – 19).

Asiakslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytävissä on tietoa asioista, joita asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Tutkimusten mukaan ikääntyneet haluavat asua omissa kodeissaan niin pitkään,

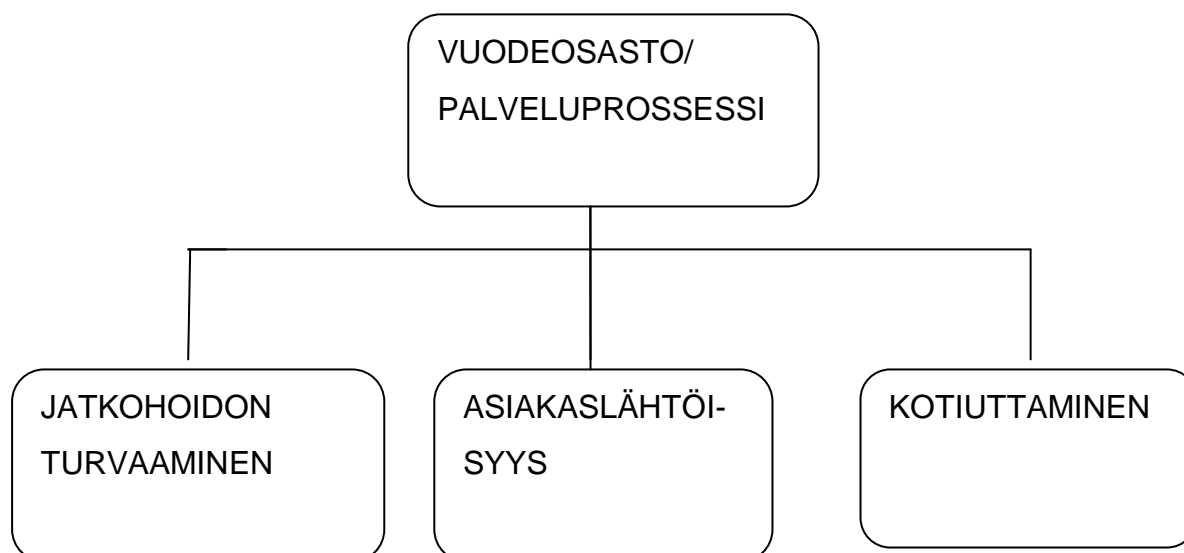
kuin mahdollista on. He toivovat saavansa tarvitsemansa terveystalvet nopeasti ja ammattitaitoisesti ja haluavat parantua sairauksistaan ja kotiutua omaan kotiin sairaalasta. He haluavat kuntoutusta tukemaan omatoimisuuttaan ja tarvittaessa kotiin toivotaan apua julkiselta tai yksityiseltä palvelujärjestelmältä, sillä iäkkäät eivät halua olla taakkana omaisilleen eikä läheisilleen. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2008, 38.)

Elorannan (2009, 59) mukaan vanhusten määrä on jatkanut kasvuaan, ja hänen mielestään on katsottu paremmaksi ihmisten vanheta omilla kodeissaan, kuin tulla passitetuiksi laitoshoitoon, siksi meidän täytyy kehittää gerontologisen sairaanhoidon metodeja tukemaan vanhusten omien resurssien käyttöön saamista, ja tällä tavoin mahdollistaa heidän itsenäisen asumisensa kotona.

Silmosen (2005, 48) mukaan asiakasnäkökulma on otettava huomioon asiakkaan kotiutusta suunniteltaessa. Ikääntyneen kotiutuksessa korostuu omaisen rooli ja omainen vaikuttaa asiakkaan kotona selviytymiseen ja kotiutuksen onnistumiseen omilla toimillaan. Omaisen mielipide kotiutuksesta pitää tietää, jotta pystytään arvioimaan hänen mahdollisuuksiaan tukea asiakasta hänen kotiutuessaan.

Koposen (2003, 117) mukaan selviytymistä on tarpeellista arvioida potilaan toimimisen, tietämisen, selviytymisen kokemisen, autonomian ja perheen keskinäisen huolenpitämisen näkökulmasta. Epävarmuus selviytymisessä vaikeuttaa potilaan kotona selviytymistä, vaikka hänen fyysinen toimintakykynsä vaikuttaisi tyydyttävältä. Sairaalassa potilaan on vaikea ennakoita kotona selviytymistä, siksi tarvitaankin muutosten yhdessä läpikäymistä ja miettimistä, mitä muutokset tarkoittavat kotioloissa.

Opinnäytetyöni aiheen, kotiuttamisen tärkein henkilö on potilas ja hänen tarpeensa ja mielipiteensä. Tässä opinnäytetyössä, kuten kaikessa potilastyössä asiakaslähtöisyys on ensiarvoisen tärkeätä ja lähtökohdana potilaan kotiuttamisessa ja jatkohoidon turvaamisessa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Voutilaisen ym( 2008,41) mukaan keskeistä on asettaa asiakaslähtöisyys ikään-  
tyneiden hoidon ja palvelun lähtökohdaksi, miettiä mitä asiakaslähtöisyys juuri  
meidän työyksikössämme tarkoittaa, sekä mahdollistaa asiakkaiden osallistu-  
minen toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin ja lisäksi kerätä asia-  
kaspalautetta säännöllisesti ja käyttää sitä hyödyksi toiminnan kehittämisessä.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolla sairaanhoitajien kokemana.

Opinnäytetyön tehtävä

Miten Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitajat kokevat potilaan kotiuttamisen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuotetun tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien tietoa potilaan kotiuttamisesta ja siten kehittää potilaan hoitotyön jatkuvuutta.



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Valitsin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän opinnäytetyöhöni, koska kvalitatiivinen tutkimus nimensä mukaan on enemmän kiinnostunut laaduista kuin määrittä, ja sen avulla on mahdollista päästä lähelle ja sisälle yksilön ja ryhmän elämissä maailmaan ja tapaan antaa merkityksiä asioille. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 29).

Laadullisen tutkimuksen kehittämiseen on otettu vaikutteita lukemattomista eri ajattelusuunnista ja tutkimustraditioista. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole yllättävä ilmiö, vaan sillä on geneettisiä suhteita sellaisiin aatevirtauksiin, kuten hermeneutiikkaan, fenomenologiaan ja analyyttiseen kielifilosofiaan. Jossain määrin näistä kaikista, toisesta enemmän, toisesta vähemmän, on ammennettu lähtökohtia kvalitatiivisen tutkimuksen perusajatukselle. (Eskola & Suoranta 2003, 23.)

Laadullisessa tutkimuksessa osallistuvien määrä ei ole kynnyskysymys, koska näiden tutkimusten tieteellisyys määritellään hieman eri tavoin kuin määrällisten tutkimusten, eikä niissä myöskään tavoitella edustavuutta tai yleistämistä. Yleensä laadulliseen tutkimukseen osallistuneiden määrä on huomattavan pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen. Periaatteessa yksi haastattelu voi riittää laadulliseksi tutkimukseksi, mutta usein haastatteluja on jokunen. (Tuomi 2007, 142.)

Laadullisessa tutkimuksessa yksi tapa selvittää aineiston riittävyys on puhua aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään, eivätkä tiedonantajat tuota tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Ajatuksena on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, joka tutkimuskohteesta on mahdollista tavoittaa. (Tuomi 2007, 142.)

## 4.2 Aineiston keruu

Käytin opinnäytetyössäni teemahaastattelua kerätäkseni tietoa kotiuttamisesta ja kotiuttamiskäytännöistä. (LIITE 3). Teemahaastattelun saatekirje, suostumus haastateltavaksi lomake ja teemahaastattelurunko ovat opinnäytetyön liitteinä. Valitsin teemahaastattelun, koska silloin on mahdollista tehdä täsmentäviä kysymyksiä, ja mahdollisuus saada enemmän irti aiheesta, josta tietoa tarvitaan. Nimi kertoo mikä teemahaastattelussa on kaikkein oleellisinta, haastattelun eteneminen tiettyjen keskeisten teemojen varassa, yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Teemahaastattelu huomioi että, ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin vuorovaikutuksessa syntyvät sisällöt. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Tämän opinnäytetyön teemat ovat lähtöisin työelämästä ja potilaan kotiuttamiseen vaikuttavista ja liittyvistä asioista. Tämän opinnäytetyön haastattelun teemat ovat kotiuttaminen, potilaan kotiutuskelpoisuus/toimintakyky, jatkohoidon turvaaminen, asiakaslähtöisyys kotiuttamisessa, mikä on hyvää ja toimivaa kotiuttamisessa, mitä kehitettävää kotiuttamisessa on. Teemoista sain myös opinnäytetyön tulosten otsikoinnin.

Haastattelun suurena etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on se, että siinä on mahdollista säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollista säädellä, samoin on enemmän mahdollisuuksia tulkita vastauksia, kuin esimerkiksi postikyselyssä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 200.)

Vilkan (2005, 114) mukaan haastateltavia valitessaan on muistettava, mitä ollaan tutkimassa ja tutkimusongelmasta riippuen on haastateltavat mielekästä valita joko teemaa tai tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen, tai kokemuksen perusteella. Valitsin tiedonantajiksi henkilöt, jotka osastolla kotiuttamista tekevät, eli sairaanhoitajat, koska halusin tietoa heidän kokemuksistaan kotiuttamisesta.

Tämän opinnäytetyön haastateltavat valikoituivat arpomalla, koska näin menettellen haastateltavaksi valikoituminen oli oikeudenmukaista, eikä suosinut ketään. Arvonnassa eivät tietenkään olleet mukana äitiyslomalaiset, eivätkä vuosilomalaiset. Arvonnat suoritettiin osastonhoitajan läsnäollessa. Haastattelin kuutta sairaanhoitajaa laatimieni teemojen mukaan. Haastattelut tein vuodeosastolla, maaliskuun 2010 aikana. Henki haastatteluissa oli avoin ja leppoisa. Häiriötekijöitä ei haastatteluissa juurikaan ollut, paria puhelinsoittoa ja potilashälytintä lukuunottamatta. Aikaa haastatteluihin kului noin tunti haastattelua kohti.

### 4.3 Aineiston analysointi

Vilkan (2005, 139 -140) mukaan sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia haetaan. Näitä koskeva tieto ei ole esitettävissä numeerisina tuloksina, vaan sanallisina tulkitoina.

Kun tutkimusaineisto on kerätty, pitää se muuttua tutkittavaan muotoon. Kun on kyse haastatteluaineistosta, se tarkoittaa nauhoitusten muuttamista tekstimuotoon. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetuissa tutkimuksissa on analysoitava aineisto aina kuva- tai tekstimuodossa. Haastatteluaineiston tekstimuotoon muuttamista kutsutaan litteroinniksi. (Vilka 2005, 115.) Tässä opinnäytetyössä aukikirjoitettua tekstiä kertyi 34 sivua. Litteroinnit tehtiin huhtikuussa 2010.

Aineiston pelkistämisen eli redusoinnissa analysoitava informaatio eli data, voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto tai jokin muu asiakirja tai dokumentti, joka pelkistetään, ja aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen on informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle tärkeät ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisia ja/tai eroavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 112 -113.)

Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämisestä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja päätelmiin. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia, kunnes se aineiston sisällön puolesta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 114.)

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Analyysi muotoutui teemojen ympärille ja tulosten otsikointi on saatu suoraan teemahaastatteluista. Otsikointi haastattelujen teemarunkoa apuna käyttäen tuntui luontevalta ja oikealta. Näyte opinnäytetyön sisällön analyysistä on liitteenä. (LIITE 4).

## 5 POTILAAN KOTIUTTAMINEN HOITAJIEN KUVAAMANA

### 5.1 Potilaan kotiuttamisen valmistelu ja potilaslähtöisyys kotiuttamisessa

Potilaan kotiuttaminen alkaa taustatietojen keräämisestä ja potilaan kotiutusajatuksesta jo potilaan tullessa osastolle. Osastohoidon aikana selvitetään potilaan kotiolot, apujen tarve ja niiden riittävyys. Potilaan kotiutuessa apujen tulee olla sovittuna.

*”jo osastolle tulovaiheessa selvitetään kotiooloja, ja mitä apuja on ollut tähän asti käytössä, ja pärjääkö niillä, vai tarvitseeko jotain lisää”*

Osaston lääkäri tekee lääkärinkierrolla kotiuttamispäätöksen lääketieteellisellä perusteella ja on vastuussa potilaan kotiuttamisesta. Kotiuttava sairaanhoitaja vastaa omalta osaltaan kotiuttamisesta ottamalla yhteyttä omaisiin ja niihin yhteistyötahoihin mihin kunkin potilaan kohdalla tarvetta on. Vastuussa kotiuttamisesta ovat myös jatkohoidon henkilökunta, sekä mahdollisesti omaiset varmistamalla potilaan hoidon jatkuvuutta.

Potilaan kotiuttamispäätös halutaan edes päivää aikaisemmin, mielellään aikaisemminkin. Jatkohoidon turvaaminen yhteistyökumppaneiden kanssa sujuu hyvin, jos kotiuttamiset ilmoitetaan tarpeeksi ajoissa. Suunnitelmallisuus kotiuttamisissa helpottaisi varsinaisen kotiuttamispäivän kiirettä.

*”kotiuttamispäätökset tehdään yllättäen, tulee kiirettä ja se on paha”*

*”toisinaan tulee niitä perjantaisia kotiuttamisia. Ne on kyllä sitten hoitajan kannalta todella hankalia, varsinkin jos on näitä yhteistyötahoja joitten pitää järjestää ne omat hommansa”*

*”jos siitä on etukäteen tieto, että siihen on etukäteen aikaa varautua siihen kotiuttamiseen, niin ei niissä mitään hankaluuksia mun mielestä ole”*

*”hoitajayhteenvetoa voisi kirjoittaa jo edellisen päivän iltapäivällä, kun on ehkä vähän rauhallisempaa. Suunnitelmallisuutta lisää, se helpottaisi painetta”*

*”että jatkohoito olisi turvattu, ja siinä olisi tavallaan jo itsekin miettinyt valmiiksi, onko potilaan asiat kunnossa, eikä niin että kun kotiutusaika tulee, niin huomataan, että sekin olisi vielä pitänyt”*

Toivotaan yhtenäisiä kotiutuskriteereitä kaikille potilaille, sosiaalisista taustakuvioista ja omaisista huolimatta. Yhteistyö omaisten kanssa koko osastojakson ajan helpottaa kotiuttamista. Potilaita joudutaan osaston paikkatilanteesta johtuen kotiuttamaan liian aikaisin kuntoon nähden ja se stressaa sairaanhoitajia.

*”otettaisiin enemmän huomioon hoitajien mielipidettä kotiuttamisajankohdasta”*

*”joskus johtuu osaston paikkatilanteesta, että on vaan pakko laittaa kotiin sellainenkin potilas, jonka näkee, ettei tule siellä kauaa pärjäämään”*

Potilaan oma käsitys kunnostaan ja pärjäämisestään ei aina vastaa ammattilaisen käsitystä.

*”kotiutukset ei aina ohjaudu asiakkaan omaan näkemykseen pärjäämisestään, mutta ei se niin voi aina ollakaan, koska kun ammattilaiset katsoo että lääketieteellinen hoidon tarve on loppunut, ja nähdään että toimintakykyä on, niin silloin periaatteessa pitäisi kotiuttaa, vaikka potilas ei itse sitä mieltä aina olisikaan”*

Sairaanhoitajat kokivat, ettei kaikilla potilailla ole tasavertaisia vaikutusmahdollisuuksia asioihinsa, toki potilaan mielipidettä usein kysytäänkin. Pienissä asioissa kyetään paremmin toteuttamaan potilaiden toiveita, esimerkiksi taksin valinnassa tai mihin aikaan päivästä kotiuttaminen tapahtuu ja koska omainen ehtii potilaan osastolta hakemaan. Vahvojen omaisten näkemys tavallaan usein jyrää potilaan, toki muistamattoman potilaan kohdalla omaisten ajatukset ovat arvokkaita, koska eihän potilaaseen voi joka tapauksessa täysin luottaakaan.

*”asiakkaan pitäisi myös saada sanoa, ehkä parhaassa mahdollisessa tapauksessa itse ilmoittaisi, että koska olisi sellaisessa kunnossa, että hän pärjäisi kotona, mutta harvoin näin käy”*

*”hyvin pyritään apujen järjestämiseen mitä toivotaan, ehkä joskus ylimitoitetustikin, mutta ylimääräiset palvelut purkautuu aikanaan”*

*”potilaat pelkäävät kokevansa turvattomuutta kotona pärjäämisestään ja pelkäävät että kaatuvat tai jotain muuta tapahtuu. Laitoksessa on koko ajan ihmisiä ympärillä”*

Sairaanhoitajien mielestä potilaat kokevat olonsa turvalliseksi osastolla ja toisaalta jotkut potilaat pelkäävät kotiutua kaatumisen tai pärjäämättömyyden pelossa.

## 5.2 Potilaan kotiutuskelpoisuus, toimintakyky ja apuvälineet

Kotiutuskelpoisuuteen tai toimintakyvyn mittaamiseen ei ole käytössä varsinaista objektiivista mittaria osastolla. Hoitajan ja fysioterapeutin / kuntahoitajan ammatillinen näkemys, potilaslähtöinen täsmällinen kirjaaminen ja vastapainona lääkärin tekemät laboratorio- ja muut lääketieteellistä viitettä antavat tutkimukset kuvaavat hyvin potilaan kuntoa ja kotiutuskelpoisuutta, lisäksi lääkäri vaatii potilaalta liikkumis- ja siirtymisnäyttöjä.

*”paras mittari on siinä palaako ihminen osastolle päivän sisällä vai pysyykö se siellä kotona ja pärjää siellä. Hoitajien kirjauksista se näkyy mikä on ihmisen toimintakyky”*

*”katsotaan pääseekö käymään wc:ssä, ja tuleeko jokapäiväisten asioiden kanssa toimeen. Kaikki liikkuminen, omatoimisuus, apuvälineiden tarve ja apujen tarve yhdessä”*

*”kyllähän sitä pitäisi mitata että tiedetään se lähtökohta että mihin tarvii pyrkiä, minkälainen hän on ollut kotona ollessaan, täällä pitäisi pyrkiä samaan”*

Fysioterapeutti tapaa jokaisen osastolle tulevan potilaan, koska potilasta sisäänkirjatessa tehdään fysioterapeutille ilmoitus osastolle tulleesta potilaasta. Fysioterapeutti arvioi liikkumiskyvyn, apuvälinetarpeen, pärjäämisen ja toimintakyvyn. Lonkkaleikatuilla on oma fysioterapeuttinsa, joka hoitaa heidän apuväli-

neensä jo ennen leikkausta, sekä rappukävelyt ja selviytymisen päivittäisissä toiminnoissa.

*”totta kai se on hoitaja, ja jos fysioterapeutti/kuntohoitaja osallistuu siihen myös, niin kyllä se on tämmönen yhteis-, yhdessä potilaan kanssa”*

Fysioterapeutit tekevät arvion ja päätöksen potilaan apuvälineistä. He korostavat, että apuväline on hoitopäätös. He säätävät apuvälineet kuntoon jo potilaan osastohoitojakson aikana ja lainaavat apuvälineen potilaalle kotiin. Osaston apuvälineitä ei lainata osaston ulkopuolelle.

*”olemme joskus antamassa liian kevein perustein apuvälineitä. Ft:llä on näkemys mikä on oikein”*

Fysioterapeutit tekevät kotikäynnit tarvittaessa, varsinkin epäselvissä tapauksissa, kun ei tiedetä millainen koti on, ja millaisilla apuvälineillä siellä pystyy liikumaan ja onko kotona remonttitarvetta.

### 5.3 Potilaan jatkohoidon turvaaminen

JATSI, eli jatkosijoituspalaverissa tiistaisin, alakerran kokoushuoneessa suunnitellaan kotiutustapahtumaa, kartoitetaan potilaiden tarpeet ja kunto, sekä selvitetään palvelutarjonta. Kun kotiuttaminen tapahtuu sovitun palaverin mukaan ja sekä potilas että omaiset ovat kotiuttamisen puolesta, silloin kotiuttamisessa ei ole ongelmia, mutta jos omaisissa on joku joka ei halua potilasta kotiutettavan, on kotiuttaminen haastavampaa.

*”kotiutus- eli JATSI-palaveriin osallistuu lääkäri, kotisairaanhoido, kotipalvelun vastaava, hoitaja osastolta, osaston jumppari, vanhainkodin hoitaja”*

*”jatsissa on ne ihmiset jotka sitten käyvät sen asiakkaan kotona, mistä me ei tiedetä oikeastaan mitään. Ja niillä on monesti aika pitkä historia sen asiakkaan kanssa”*



*”jos voidaan Jatsi-palaverissa sopia, niin silloin se yhteydenpito sujusi, mutta paljon tulee nopeita kotiutuksia, jossa ehkä yhteydenpito jää vähän huonommalle, se on silloin vain ilmoitusluontoinen asia että nyt tämä kotiutuu”*

*”jatsi on hyvä ja toimiva systeemi, vaikka sitä parjataan monesti. Eihän ne paikat niin kuin taivaasta tipu, mutta hyvä tiedonvälityspaikka se on”*

*”kaikista eniten puhutaan niiden asioista tällä hetkellä, keillä on aktiiviset omaiset, jotka ovat koko prosessin ajan mukana”*

Kun tiedetään potilaan olevan kotiutumassa, tai tiedetään jo varma kotiuttamispäivä, otetaan osastolta yhteyttä tarvittaviin yhteistyökumppaneihin, kotisairaanhoidon, kotihoitoon, ateriapalveluun. Jos potilas on siirtymässä jatkohoitopaikkaan, otetaan mahdollisimman ajoissa yhteyttä sinnekin, esim. Luhatuuli, Jyllin kodit, Toivolansaarikoti. Kotihoito erityisesti toivoo hyvissä ajoin sovittavan ja ilmoitettavan potilaan kotiuttamisesta, jotta ehtivät omat suunnitelmansa tekemään.

*”asiakas itse on se kaikista suurin ja läheisin yhteistyökumppani, ja hänen omaisensa”*

*”kotipalvelun vastaava käy kerran viikossa osastolla”*

*”ksh:n aika usein tavoittaa, mutta kotipalvelu on joskus tosi hankalaa, että välttämättä juuri se kyseinen henkilö ei ole koskaan paikalla joka tästä asiasta vastaisi”*

*”usein osastolla hoidetaan haavoja heidän ohjeidensa mukaan ja tavallaan luotetaan täällä päässä siihen ammattitaitoon, ollaan yhteydessä jos jotain tulee”*

Osastolta tehdään yhteistyötä myös erikoissairaanhoidon esimerkiksi valmistelulla potilasta erikoissairaanhoidon palveluihin ja käynteihin.

#### 5.4 Jatkohoitopaikan tarvitsemat tiedot potilaasta

Jatkohoitoon siirtyvän potilaan omaisten informointi siirrosta on tärkeää, sekä tieto omaisten informoinnista jatkohoitopaikan henkilökunnalle. Perustietolomake, missä on omaisten tiedot ja puhelinnumerot seuraa potilaan mukana jatko-  
hoitopaikkaan.

Sairaanhoitajien mukaan jatkohoitopaikka tarvitsee lääkärin epikriisin, hoitajan tiedotteen ja hoitotiivistelmän, jotkut hoitajat laittavat lisäksi viimeisen hoitotyön lehden mukaan. Jatkohoitopaikan on tärkeä tietää potilaan sairaalassaolon syy, perussairaudet, toipumisen vaihe ja kuntoutumistavoite. Toimintakyky, sekä fyysinen että psyykinen, liikkumiskyky ja apuvälineet ovat oleellisia asioita kerrottavaksi.

*”toimintakyky jää vähemmälle kuvaukselle siirtovaiheessa, ja se on kuitenkin vanhusasiakkaalla aika lailla oleellinen asia. Siihen tarvitsi panostaa enemmänkin”*

Potilaan lääkelista, Marevan jako-ohje, reseptit, aloitetut uudet lääkkeet, ja tieto erikoisemmista lääkkeistä pitää antaa jatkohoitopaikkaan. Jos jatkohoitopaikassa ei ole potilaan tarvitsemaa lääkettä, annetaan sitäkin mukaan lääkehoidon turvaamiseksi.

*”pystyykö ottamaan lääkkeet itse vai tarvitseeko valvontaa siinä”*

Jatkohoitopaikkaan kerrotaan potilaan omatoimisuuden asteesta, avuntarpeesta ja syökö itse. Potilaan jatkohoidon kannalta on myös tärkeää kertoa tulevista kontroleista, toimenpiteistä ja käynneistä, sekä tiedot allergioista, ruokavaliosta, erikoishoidoista, ja avanteista, sekä mahdollisista haavojen hoidoista ja sidoksista. Vanhusasiakkaan kohdalla lienee asiallista ilmoittaa vatsantoiminnasta.

*”jatkohoitopaikkaan sellasta kuntoutuvaan työotteeseen vähän to-  
pakampaa otetta taikka toivetta toivois, mutta aika vaikea sellaista  
on rakentavasti laittaa mukaan, ettei tule tunne, ettei heidän hoito-  
aan arvosteta”*

Lääkärin epikriisissä toivotaan mainittavan hoitolinjauksista, antibioottihoidoista pidättäytymisestä ym. Vanhainkotiin soitetaan ennalta siirtymässä olevasta potilaasta, annetaan ennakkotietoja ja selvitetään mahdolliset toiveet siirtymisajasta.

#### 5.5 Vuodeosaston tarvitsemat tiedot jatkohoitoon tulevasta potilaasta

*”kun meille tulee potilas, tarvitaan oikeastaan nää samat asiat, mitä jatkohoitoonkin oli, oikeastaan ihan samat asiat”*

Sairaanhoitajien mukaan tarvitaan tieto potilaan sairaalassaolon syystä ja syy jatkohoitoon tulosta, perussairaudet, lääkärin epikriisi ja yhteenveto, mitä hoitajakson aikana on tapahtunut. Tarvitaan ajantasainen tarkastettu lääkelista, pistosten ottoajat, tieto antibioottikuurin kestosta ja koska vaihtuu p.o otettavaksi. Marevan lääkitykset pitää olla määrättyinä. Tärkeätä on tietää otetut laboratorio-koeket ja niiden tulokset. Jos potilaalla on haavoja, tarvitaan haavanhoito-ohjeet. Lisäksi on tärkeätä tietää tehdyt toimenpiteet ja niiden tulokset ja jatkotutkimussuunnitelmat.

*”joskus potilas tulee sellaisilla i.v.-lääkkeillä mitä meillä ei olekaan”*

Potilaan toiminta-, ja liikuntakyky on tärkeää tietää, samoin potilaan ruokavalio ja ruuan laatu. Tarvitaan omaistiedot ja jos kyseessä on saattohoitopotilas, pitää tiedoissa näkyä onko omaisia informoitu potilaan siirrosta ja miten omaiset suhtautuvat saattohoitopäätökseen.

Osastolle saapuvien potilaiden tiedoissa on usein puutteita. Tieto potilaan MRSA kantajuudesta jää useasti ilmoittamatta, samoin kuin tieto eristystä vaativista sairauksista.

*”tiedonkulku toimii toisinaan. Se riippuu varmaan siitäkin, kuka ilmoittaa, hoitajasta. Kaikki ei ilmota, joskus se tieto tulee, joskus täytyy itse kysellä”*

*”joudumme usein soittelemaan lähettäviin laitoksiin ja haastattelemaan potilasta, ja uskotaan ja toivotaan että potilas tietää asiansa”*

*”jatkohoitoon tulevalle potilaalle tulostetaan vaan printti HOI kirjauksista hoitajakson aikana. Ei ole useinkaan hoitajayhteenvetoa”*

*”päivystyksestä tulevien lääkityksiä ei ole aina kirjattu”*

Lääkelistoissa on puutteita, ne ovat sekavia ja ristiriidassa hoitajien lääkelistojen kanssa.

## 5.6 Sairaanhoidajien mielestä kehitettävää kotiuttamisessa

Hoitajat kertovat kotiuttamisten ajoittuvan päivän kiireisimpään aikaan klo 13-15 ja on tilanteita ettei olla valmiita kotiutukseen, vaikka potilas itse olisi. Doseitin käyttöharjoittelu, tai insuliinin pistoharjoittelu on jäänyt vähäiseksi, tai haavanhoidon ohjeistus kotiin. Potilaiden passivointi, puolesta tekemisenä haittaa kotiuttamista.

*”kotiuttamisen valmistelu, ikään kuin viilaaminen olisi parannettavaa”*

*”mitä lyhyempiä hoitajaksoja, sitä enemmän kotiutuksia, sen laadukkaampia niiden pitäisi olla”*

*”meillä on huonoa tämän hetken kotiuttamisessa semmonen passiivisuus, hoitajien tarvitsisi tarttua hanakammin valmistelemaan sitä asiakasta kotiin”*

*”joskus odotetaan että me otetaan uudestaan yhteyttä näihin kaikkiin pisteisiin kun potilas kotiutuu jo valmiiksi sovituista asioista, elikkä se tehdään niinku kahteen kertaan näistä asioita”*

*”asiakkaalle pitäisi puhua alusta asti, että ”kun menette kotiin, niin sitten näin, ja näin, eikä lähdetäisi siihen, että ruvetaan passamaan, vaan pidettäisi mielessä se aktivoituminen, ja aktivoiminen”*

Kotiuttamista vaikeuttaa hoivapaikkojen vähäisyys. Vanhusvoittoinen ikärakennepuolue kaupungissa tällä hetkellä, ei tulevaisuudessa paranna tilannetta, päinvastoin. Maakunnassa tiedetään olevan paljon huonokuntoisia kotihoidossa. Potilaille toivotaan jonkinlaista ”välilaskupaikkaa”, jossa ihminen pienillä avuilla pärjäisi ennen kotiutumistaan.

*”kaikki potilaat jotka osastolla ovat, eivät kuulu tänne”*

*”kotiuttamistilanne olisi helpompi, kun olisi hoivapaikkoja enemmän. Jatkopaikkojen puute on suuri ongelma”*

*”todella huonokuntoisia ihmisiä, joiden liikkuminen on kyseenalaista, pärjääminen huonoa, kotiutetaan. Se on vähän niin kuin heitteillejätö”*

*”hirveen suuri vastuu ja kauheesti pistetään omaisten varaan”*

Tukiasiat koetaan vieraiksi ja oudoiksi ja toivotaan sosiaalityöntekijää osastolle.

*”jos olis jotenkin selkeempi joku semmonen konkreettinen tässä läsnä edes joskus, niin jolle voisi sitten osoittaa tämmöset”*

*”yhteistyö kuitenkin sujuu näitten eri tahojen, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kanssa ja omaistenkin kanssa”*

*”olis ihan kiva mennä joku katsomaan haavanhoito kotona, että kuinka se siellä toteutetaan”*

Kotiuttamiset ja yhteistyö on sujuvaa. Sovitut asiat toteutuvat sovitulla tavalla ja ilmoitukset ovat menneet perille.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolta tapahtuu. Tavoitteena oli tuotetun tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien tietoa potilaan kotiuttamisesta ja siten kehittää potilaan hoitotyön jatkuvuutta.

Vastaajat selvittivät kotiuttamisen kulun teemakysymyksiin vastaamalla. Tuloksena saatiin kotiuttamisen kulun lisäksi jatkossa kehitettäviä asioita ja vastaajien puutteellisiksi kokemia seikkoja.

Laadukas ja onnistunut kotiutus varmistaa ja takaa potilaan kotona selviytymisen, mutta myös säästää sosiaali- ja terveystoimen resursseja. Potilaan kotiuttamisen suunnittelun tulisi alkaa heti potilaan saavuttua osastolle (Gardner ym. 2002, 11; Silmonen, 2005, 22; Ruppenen, 2007, 12; Järvinen 2009, 25.)

Haastatteluista ilmeni, että kotiuttamispäätös tehdään usein yllättäen. Sairaanhoitajat toivoivat kotiuttamispäätöksen tekoa edes päivää aiemmin, tai jopa vieläkin aiemmin. Ajoissa tehty kotiuttamispäätös helpottaisi yhteistyötä potilaan jatkohoidosta vastaavien kanssa. Salomaan tutkimuksen (2004, 23) mukaan kotiuttamispäivästä tulisi sopia ajoissa. Jos kotiuttamiset osuvat loppuviikkoon, tai jopa perjantaille, se koetaan hankalaksi myös yhteistyökumppaneiden, erityisesti kotihoidon kannalta. Järvinen (2009, 25) mainitsee perjantaikotiutukset hankaliksi erityisesti kotihoidon kannalta. Silmonen (2005, 6) mainitsee kotona selviytymistä edistävän, jos vanhus kotiutuu alkuvuikosta, jolloin kotihoitosektorilla on mahdollisuus suurempaan hoitopanokseen, kuin viikonloppuisin. Ruppenen tutkimuksen (2007, 58) mukaan yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä oli positiivista, kotiutukset olivat hyvissä ajoin ennakkoon suunniteltuja ja kotiutuksesta oli kaikkia osapuolia informoitu.

Vastaajia stressasi liian huonokuntoisen potilaan kotiuttaminen ja se, ettei heidän mielipidettään potilaan kotiuttamisajankohdasta aina oteta huomioon. Huoli potilaan selviytymisestä seuraa väkisin myös kotiin työvuoron päätyttyä. Pahikaisen (2000, 70) tutkimuksessa potilaiden liian nopea ja liian huonokuntoisina kotiuttaminen esitettiin hyvän kotiuttamisen toteutumattomuuden syyksi. Rantasalo (2007,41) taas mainitsee kotiutumisen epäonnistuvan jos kotiutuminen tapahtuu liian aikaisin potilaan kuntoon nähden, tai potilas kotiutetaan vastentahotoisesti.

Tässä työssä kotiuttamiskriteerien tasavertaistamista toivottiin. Salomaa (2004, 24) peräänkuuluttaa myös yhtenäisempää käytäntöä kotiuttamisiin, ja mainitsee yhteisen palaverin parantavan tiedon kulkua eri toimipisteiden välillä. Vastaajien mielestä kaikilla potilailla ei ole samanlaisia vaikutusmahdollisuuksia asioihinsa, vaan potilaan sosiaalinen tausta ja omaiset vaikuttavat joskus liikaa kotiuttamiseen. Omaisten tuki kotiuttamisen suunnittelussa ja potilaan taustatietojen keräämisessä on hyvä apu potilasta kotiutettaessa. Järvisen (2009, 37) mukaan omaisilla on tärkeä rooli potilaan kotiutuksen suunnittelussa ja kotiutuksessa. Oma lukunsa on ne omaiset jotka jostain syystä provosoivat potilasta pysyttelemään osastolla, vaikka potilaan toimintakyky ja kunto osoittaa aivan jotain muuta.

Rupposen (2007, 61) mukaan omaisten vastahakoisuus kotiutusta kohtaan hidastaa, tai jopa estää kotiutumista. Omaiset tai läheiset voivat nähdä läheisensä kotona pärjäämisen huonompana kuin sairaalan henkilökunta ja pelkäävät vanhuksen puolesta, jos tämä kotiutuu. Vastaajat olivat sitä mieltä, että joskus omaisen negatiivinen asenne potilaan kotiuttamista kohtaan tekee tilanteesta hoitohenkilökunnalle haastavan. Rantasalo (2007, 44) mainitsee mahdollisia ongelmia tulevan tilanteissa, missä potilas itse haluaa kotiin ja tuntee olevansa riittävän hyväkuntoinen, mutta omaiset ovat kotiutumista vastaan.

Tässä työssä kirjaamisen merkitys tuli esiin voimakkaasti. Täsmällinen, ajantasainen ja ahkera kirjaaminen tukee varsinkin potilaan toimintakyvyn ja kunnon arviointia. Lääkäri ei ole osastolla kuin muutaman tunnin päivässä, joten hoitajien havainnot ja kuvaukset ovat arvokkaita kotiuttamista suunniteltaessa. Suun-

nitelmallisuutta hoitajayhteenvetojen kanssa toivottiin, jotta saataisiin kotiuttamispäivän työpaineita ja kiirettä vähennettyä. Silmonen (2005,38) mainitsi hoitotyön kirjaamisen kehittämisen vuodeosaston tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi, millä haluttiin vaikuttaa myös hoitotyön saumattomuuden turvaamiseen, hoitotyön jatkuvuuteen, mutta myös välttää asioiden moninkertainen tekeminen.

Jatkosijoituspalaveri eli Jatsi-palaveri Ikaalisten terveyskeskuksessa, on vastaajien mielestä toimiva ja hyväksi havaittu tiedonvälityspaikka. Jatsi helpottaa potilaiden jatkosijoittelua ja kotiuttamista, turvaa ja parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta, sekä helpottaa osaston sairaanhoitajien työtä. Silmonen (2005, 42) mainitsi vanhustyöryhmän kokoontuvan Virroilla epäsäännöllisesti, mutta kotiutuksen keskeiset toimijat halusivat kehittää yhteistyötä laajasti ja toiveena oli kotiutuksen yhteistyökokousten aloittaminen.

Tässä työssä kävi ilmi, ettei osastolla ole käytössä potilaan toimintakyvyn mittaamiseen ole mitään konkreettista mittaria, mutta moniammatillinen yhteistyö, ja moniammatillinen näkemys potilaan toimintakyvystä, takaavat potilaan hyvän kotiuttamiskunnon. Vastaajien mielestä pitää olla selvillä potilaan kotikuntoisuudesta, voidakseen verrata kuntoutumista sairaalassa. Järvisen (2009, 26) mukaan hankaluutta arvioida asiakkaan selviytymistä päivittäisissä toimissa aiheuttaa se, jos osastolla ei ole tietoa siitä, kuinka asiakas on kotona ennen sairaalaan joutumista selviytynyt. Silmonen (2005, 17) mainitsee asiakkaan oman arvon kotona selviytymisestään ja hoitohenkilökunnan havainnot potilaan päivittäisistä perustoiminnoista selviämisestä muodostavan vuodeosastolta kotiutettavan potilaan kokonaisarvion toimintakykyisyydestä.

Salomaa (2004, 26) mainitsee tutkimuksessaan vanhuksen fyysisen kunnon arvioinnin tärkeäksi, koska sen mukaan määritellään kotona selviytyminen, palvelujen tarve ja palvelujen määrä. Koponen (2003, 117) toteaa tarpeelliseksi potilaan selviytymisen arvioinnin, potilaan toimimisen, tietämisen, selviytymisen kokemisen, autonomian ja perheen keskinäisen huolenpitämisen näkökulmasta. Epävarmuus selviytymisestä vaikeuttaa potilaan kotona selviytymistä, vaikka fyysinen toimintakykynsä kohtalaiselta vaikuttaisikin.



Eräs vastaaja sanoi joidenkin potilaiden pelkäävän kotiutumista ja pärjäämistään kotona. Rantasalon (2007, 41) mukaan epävarmuus kotona selviämisestä ja turvattomuuden tunne sekä yksinäisyys lisäävät riskiä kotiutumisen epäonnistumiseen.

Negatiivista tämän hetken kotiuttamisessa on passiivisuus. Potilaan valmistelu kotiin ja kotiuttamisen viilaaminen on parannettavaa. Kotiutuksiin halutaan lisää suunnitelmallisuutta ja ennakointia, esimerkiksi hoitajayhteenvetoja voi tehdä jo ennen kotiuttamispäivää.

Hoivapaikkojen vähäisyydestä johtuen osastolla hoidetaan potilaita, jotka eivät sairaalatasoista hoitoa tarvitse. Osaston paikkatilanteesta johtuen joudutaan nopeisiin kotiutuksiin, mikä vaikeuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumista ja potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamista.

Tässä työssä vastaajat kokivat tukiasiat vieraksi ja siksi osastolle toivotaan konkreettisesti, ainakin joskus paikalle näistä asioista tietävää henkilöä, jolle voi osoittaa tukiasioita koskevia kysymyksiä ja ongelmia.

Yhteistyö yhteistyötahojen kanssa koetaan toimivaksi ja sujuvaksi. Vastaajien mielestä se mitä on sovittu, pitää. Pahikaisen (2000, 71) mukaan hyvä yhteistyö ja joustava tietojen siirtyminen sairaalan ja avohoidon välillä on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisen kotiutumisen kannalta. Salomaan (2004, 34) mukaan luottamuksellinen suhde eri organisaatioiden välillä on tärkeää ja se auttaa hoitajia kokemaan olevansa tärkeä linkki potilaan kotiuttamisessa ja yhteistyön luomisessa.

Tämän työn haastatteluissa kysyttiin myös mielipidettä, minkälaisia tietoja pitäisi jatkohoitoon siirtyvästä potilaasta antaa. Vastaajat pohtivat sitä omien kokemustensa kautta ja millaisia tietoja he itse haluaisivat saada osastolle jatkohoitoon tulevasta potilaasta. Samat tiedot potilaasta kiinnostavat jatkohoitopaikan hoitajia kuin sairaanhoitajia vuodeosastolla. Potilaan jatkohoidon turvaaminen on tärkeintä, joten mahdollisimman kattavat ja täsmälliset tiedot potilaasta pitää saada.

Ikaalisten terveystieteiden vuodeosastolle jatkohoitoon tulevien potilaiden siirtotiedoissa on puutteita ja kehittämisen varaa. Lääkelistat ovat joko puutteellisia, tai lääkärin ja hoitajan listat ovat erilaisia keskenään, lisäksi eristys-, tai kosketuseristysilmoitus ei aina tule ennakkoon, vaan asia huomataan vasta potilaan tultua osastolle. Tieto eristyksestä on kuitenkin oleellista tietää ennakkoon, koska eristyspotilas tarvitsee todennäköisesti yhden hengen huoneen, tai huonejärjestelyitä etukäteen. Ruokavaliotietoja puuttuu, hoitajayhteenvetoja ei useinkaan tehdä, vaan tulostetaan HOI-lehtiä potilaan mukaan.

Haastatteluissa ilmeni kuitenkin että, ortopedisillä leikkauspotilailla on hyvät fysioterapeuttien siirtotekstit, mutta lääkärin teksteissä ja lääkelistoissa on toimimisen varaa ja usein puuttuu laboratoriyhteenvetojakin. Lääkärin hoitolinjauksiin toivotaan myös jatkossa paremmin kiinnitettävän huomiota. Pitkän tähtäyksen suunnitelmat ja esimerkiksi antibioottihoidoista pidättäytyminen on tärkeä tieto potilaan siirtovaiheessa, joten sellaiset tiedot toivottaisiin potilassiirron tekevän lääkärin epikriisiin tarkasti mainituksi.

Haastatteluissa kukaan ei maininnut turvapuhelimia, joita Ikaalisissa tällä hetkellä on käytössä toistasataa. Turvapuhelinkeskus on vuodeosastolla, eli hälytyksiin vastataan ympäri vuorokauden ja henkilöille hankitaan apua kunkin sopimuksen mukaan. Joillakin ensisijainen auttaja on omainen, mutta suurimmalla osalla ambulanssi, tai palokunnan ensivaste. Toki joskus tulee vahinko- tai kokeilusoittoja, mitkä eivät aiheuta sen enempää jatkotoimenpiteitä, mutta jos langoilta sattuu esimerkiksi huonokuuloinen, tai muuten yhteistyöhaluton /-kyvytön potilas, on hänen tilanteensa tarkastettava ja apua hälytettävä. Vuodeosaston osastoavustaja ohjelmoi turvapuhelimet ja saattaa ne käyttökuntoon. Potilaan kotiutuessa joko kotihoito, tai omaiset vievät turvapuhelimen potilaan kotiin ja kytkevät sen päälle, mutta myös tekevät kokeilusoitot turvapuhelimen toiminnan varmistamiseksi.

Tämän työn valmistuessa on vuodeosaston henkilökunnalla mahdollisuus lukea Efficalta KHTOTS- lehteä, josta saa tietoa kotihoidon käynneistä, hoitoneuvotteiluista ja suunnitelmista kyseisen potilaan kohdalla. Jos potilas ei ole kotihoidon piirissä, hänellä ei kyseistä lehteä potilastiedoissaan tietenkään ole.

Tulosten pohjalta nousseet työyhteisön kehittämishaasteet on esitetty seuraavana.

## 6.2 Työyhteisön kehittämishaasteet

Tässä opinnäytetyössä kotiuttamisen kehittämishaasteiksi nousi seuraavanlaisia asioita. Perjantaina kotiuttaminen ja nopean päätöksen kotiuttamiset ovat hankalia niin potilaan, kuin hoitajankin kannalta, mutta myös kotihoidon kannalta, koska heidänkin pitää etukäteen suunnitella omat työnsä.

Kotiuttamisten suunnittelu, ”viilaaminen” ja valmistelu etukäteen ja yhteydenotot omaisiin toivottavaa hoitaa ajoissa. Hoitajayhteenvetojen laatiminen etukäteen auttaisi kiireisen kotiuttamisiltapäivän painetta. Lähipäivinä kotiutettavan potilaan harjoittaminen insuliinin pistämiseen, lääkedosetin käyttöön ja muuhun omatoimisuuteen, sekä esimerkiksi miten potilaan haava kotona hoidetaan, vaatii hoitajilta paneutumista etukäteen. Potilaiden aktivointi ja hanakampi valmisteleminen kotiin on toivottavaa jatkossa. Toivotaan kaikille potilaille tasavertaiset kotiuttamiskriteerit ja pelisäännöt sosiaalisesta taustasta ja omaisista riippumatta.

Sosiaalityöntekijää tai tukiasioista perillä olevaa toivotaan osastolle aika ajoin, koska hoitajille kyseiset asiat ovat vieraita. Osastolle jatkohoitoon tulevien potilaiden lääkitys-, ruokavalio-, eristys-, ja hoitolinjaustiedot saatava täsmällisesti, ja selvästi kirjattuna. Osastolta jatkohoitoon siirtyvien vanhusten toimintakyvyn kuvaus on oleellinen asia, ja siihen pitää panostaa tulevaisuudessa.

Hoivapaikkojen vähäisyys haittaa osaston kotiuttamistoimintaa, joten osastolla hoidetaan sellaisia potilaita jotka eivät sairaalahoitoa tarvitse. Osastopaikkojen puute johtuu myös hoivapaikkojen puutteesta, koska pienkodit ja vanhainkoti ovat jatkuvasti täynnä, ja vetävät uusia asukkaita huonosti, tämä johtaa ajoittain potilaiden kotiuttamiseen osastolta todella vajaakuntoisina.

### 6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tutkijoiden noudattamia eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Vilkka, 2005, 30.)

Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Jotta se onnistuu, tulee heidän saada tutkimuksesta riittävästi tietoa. (Kuula, 2006, 61.) Tutkittavat voivat tehdä vapaaehtoisen päätöksentutkimukseen osallistumisestaan vasta riittävän informaation varassa. Tutkittavia täytyy informoida aina sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta, että mahdollisuudesta keskeyttää koska tahansa tutkimukseen osallistuminen. (Kuula, 2006, 107).

Tähän opinnäytetyöhön haastateltaviksi arvottiin kuusi sairaanhoitajaa vuodeosastolta. Kerroin arvotuille sairaanhoitajille heidän oikeudestaan kieltäytyä haastattelusta, eli heidän ei ollut pakko ryhtyä haastateltaviksi. Osallistuminen oli siis vapaaehtoista. Haastatteluun valikoituneet saivat teemahaastattelun saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyöni aiheesta, tavoitteista ja tutkimusmenetelmästä.(LIITE 1). Haastattelut tapahtuivat kahden kesken haastateltavan kanssa, vuodeosastolla, heidän omassa työympäristössään. Kerroin heille etukäteen myös nauhoittavani haastattelut ja että tulen säilyttämään nauhoitukset lukitussa paikassa, kunnes opinnäytetyöni on valmis ja hyväksytty ja kun opinnäytetyöprosessi on ohi, tuhoan nauhoitukset. Kukin haastateltava allekirjoitti suostumuksensa haastateltavaksi, jossa vahvistivat olevansa tietoisia haastattelujen nauhoittamisesta.(LIITE 2). Allekirjoituksellaan he myös vahvistivat luke-neensa saatekirjeen ja olevansa tietoisia haastattelun tarkoituksesta. Luvan tämän opinnäytetyön tekemiseen antoi Ikaalisten terveystieteiden keskuksen ylilääkäri.

## 6.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin painottuu sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi, eli vaikka tutkimusraportista löytyy selvitykset aineiston keruusta, tutkimuksen tiedonantajista, tutkija-tiedonantajasuhteesta, tutkimuksen kestosta, aineiston analyysistä, tutkimuksen luotettavuudesta ja tutkimuksen raportoinnista, pitää niiden olla johdonmukaisia myös suhteessa toisiinsa. (Tuomi 2007,150-152.)

Relatiivisessa näkemyksessä arvioinnin pohjana on tutkimusraportti tekstinä, joka on osoitus tutkimuksen viimekätisestä luotettavuudesta. Se on kudoksenomainen monien aineksien, luetun, koetun, havaitun, luullun, kuvitellun, pohditun, muistetun, haaveillun liittyminen yhteen. (Eskola & Suoranta 2003, 219).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa, että tutkijan on tarkastettava vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien vaikutelmia. Perimmältään tutkimuksen arvioinnin taustalla on kysymys sen sisältämien väitteiden perusteltavuudesta ja totuudenmukaisuudesta. (Eskola & Suoranta 2003, 210-212).

Joskus voi olla vaikeaa, muttei mahdotonta, välttää käyttämästä joitakin tekijän alkuperäisistä sanoista, erityisesti niitä jotka kuvaavat tai osoittavat ilmiötä. Kuitenkin täytyy välttää yksinkertaisesti kopioimasta mitä tekijä sanasta sanaan sanoi. Valitse sanat, jotka mielestäsi antavat todellisen vaikutelman tekijän alkuperäisistä ideoista tai juonesta. (Neville 2007, 36).

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta kohentaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. Aineiston tuottamisen olosuhteet kerrotaan selvästi ja totuudenmukaisesti, samoin kerrotaan olosuhteet ja aineiston keruupaikka. Kerrotaan haastatteluihin kulunut aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetul-

kinnat haastattelussa ja myös oma itsearviointi tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 227).

Aloittaessani opinnäytetyötäni pohdin, kykenenkö säilyttämään objektiivisen näkökulman aiheeseen, koska työni koskee omaa työpaikkaani. Nyt kun opinnäytetyöni on valmis, voin todeta onnistuneeni siinä. Kotiuttamiseen liittyvät ajatukset on kaikki haastateltujen sairaanhoitajien lausumia.

### 6.5 Opinnäytetyön tuloksista nousevat jatkokehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuotetun tiedon avulla lisätä sairaanhoitajien tietoa potilaan kotiuttamisesta ja siten kehittää potilaan hoitotyön jatkuvuutta. Tässä opinnäytetyössä on haastateltu kuutta vuodeosaston sairaanhoitajaa potilaan kotiuttamisesta ja siihen liittyvistä asioista.

Mahdollinen jatkotutkimuksen aihe on selvittää kotiuttamisen onnistumista kotihoidon henkilökunnan kokemana. Mitä puutteita vuodeosaston kotiuttamisjärjestelyissä kotihoidon työntekijöiden mielestä on ja puuttuuko tämän hetken kotiuttamisjärjestelyistä jotain sellaista, millä on merkitystä potilaan kotona selviytymisen, tai hänen hoitonsa jatkuvuuden kannalta. Tutkimus antaisi viitteitä myös kotihoidon kehittämiseen ja sen mahdollisiin puutteisiin.

Toinen mahdollinen jatkotutkimus voisi koskea potilaan, tai vaihtoehtoisesti potilaan omaisen kokemusten selvittämistä vaikkapa kyselyn avulla, koska se antaisi arvokasta tietoa hoidon laadusta ja kotiuttamisen oikea-aikaisuudesta. Kysely parantaa potilaslähtöisyyttä ja parantaa laadukkaan hoidon toteutumista. Silmosen (2005, 48) mukaan asiakkaan antama palaute saamastaan palvelusta on perusta kehittämiselle ja kotiutuksen asiakaspalaute tulee kerätä asiakkaalta itseltään ja omaiselta.

Opinnäytetyötäni kohtaan on esitetty kiinnostusta sairaanhoitopiiristä, missä kehitetään parhaillaan potilaan kotiuttamista. Sairanhoitopiiri haluaa tietoa kotiut-

tamisen puutteista ja kotiuttamisessa esille tulleista asioista. Opinnäytetyötäni käytettäisiin siis myös Sairaanhoidopiirin tasolla kotiuttamisen kehittämiseen.

## LÄHTEET

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2008. Kotoa laitokseen ja takaisin - onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino oy, 128-131.

Eloranta, S. 2009. Supporting older peoples independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Luettu 16.9.2010.

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf>

Eskola, J & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Gardner, S., Arve, S & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutusprosessin elementit – kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun Yliopisto. Hammaslääketieteellinen kirjasto. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n:o 3:2002.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisesa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Stakes tutkimuksia 179. Väitöskirja. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino oy.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveyskeskustenvuodeosastohoito.htm>

Ikaalisten ilta. 2005. Ikaalisten vanhustenhuollon strategia. Päivitetty 28.9.2005. Luettu 7.1.2010.

[http://www.ikaalinen.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/15405/file/Ikaalistenilta2005koko13102005.pdf](http://www.ikaalinen.fi/mp/db/file_library/x/IMG/15405/file/Ikaalistenilta2005koko13102005.pdf)

Järvinen, H. 2009. Vanhusasiakkaan kotiutus sairaalasta kotiin Tampereen kaupungissa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveystoimen edistämisen koulutusohjelma. Ylempi AMK-tutkinto.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalasta – katkeamaton hoitoketju. Helsingin Ammattikorkeakoulu. Terveystoimen kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi AMK-tutkinto. Tulostettu 7.1.2010. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf?sequence=1>



Koivula, U-M., Suihko, K & Tyrväinen, J. 1999. Mission:Possible, Opas opin-  
näytteen tekijälle. Tampere:Vammalan Kirjapaino Oy.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Sub-  
stantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotie-  
teenlaitos. Akateeminen väitöskirja. Tulostettu 7.1.2010.  
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5822-2.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampe-  
re: Vastapaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Neville, C. 2007. The complete guide to referencing and avoiding plagiarism.  
Open university press.

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

Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P & Teperi, J.  
2003. Palko - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Stakes aiheita  
27/2003. Helsinki: Stakes monistamo.

Positiivi Kehittämishankkeen muistio. 19.5.2009. Julkaisematon.

Pöyry, P & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja pal-  
veluiden saumakohdissa. Stakes aiheita 18/2003. Stakes monistamo Helsinki.  
Luettu 16.9.2010.  
[www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita18-2003-pdf](http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita18-2003-pdf)

Rantasalo, K. 2007. Sairaalaan kotiin – puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta  
kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen lai-  
tos. Pro gradu- tutkielma.

Rupponen, L. 2007. Vanhuspotilaan kotiutuspolku sairaalan ja kotihoidon hoito-  
henkilökunnan kuvaamana. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveyden edis-  
tämisen ohjelma. Ylempi AMK-tutkinto.

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

Silmonen, M. 2005. Henkilöstön yhteistyö ja palveluiden saumattomuus kotiu-  
tusprosessissa. Virtain kotiutusprosessin kehittäminen. Pirkanmaan ammatti-  
korkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden jatkotutkinto.

STM 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten  
hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityk-  
siä 2007:8. Helsinki.

STM 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmistien palvelujen laatusuositus.  
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008:3. Helsinki.

Suontausta, T. 2007. Kotiutustiimin alkutaival – henkilökunnan näkemys uudesta ja yhteisestä toimintamallista. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. terveyden edistämisen koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2008. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 77.

Vesterinen, S. 1999. sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2008. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 38, 41.

## LIITTEET

### LIITE 1

Teemahaastattelun saatekirje

Hyvä sairaanhoitaja

Opinnäytetyöni aihe on Potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolta. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori, THM Irja Murtonen.

Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietoa potilaan kotiuttamisesta ja siten kehittää potilaan hoitotyön jatkuvuutta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata potilaan kotiuttaminen sairaanhoitajien kokemana.

Kerään aineiston opinnäytetyöhöni teemahaastattelun avulla. Haastattelut nauhoitetaan ja analysoidaan sisällön analyysin avulla. Haastattelunauhat hävitetään opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

Haastattelusta saatua tietoa käytetään ainoastaan tämän opinnäytetyön kirjallisessa tutkimusosassa. Haastateltavia ei voida opinnäytetyön tekstistä tunnistaa.

**KIITOS OSALLISTUMISESTASI!**

sairaanhoitajaopiskelija Päivi Tanner-Paasto

## LIITE 2



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI

Suostun haastateltavaksi opinnäytetyöhön, joka käsittelee potilaan kotiuttamista Ikaalisten Terveyskeskuksen vuodeosastolta. Olen tietoinen, että haastattelu nauhoitetaan opinnäytetyön analysointia varten. Olen saanut saatekirjeen ja tutustunut sen sisältöön.

Aika ja paikka \_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Haastateltavan nimenselvennys \_\_\_\_\_

## LIITE 3

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

## Kotiuttaminen

- miten kotiuttaminen alkaa? kuka tekee päätöksen kotiuttamisesta?
- kotiuttamisen kulku?
- ovatko kotiuttamiset oikein ajoitettuja?
- kuka vastaa kotiuttamisesta?

## Potilaan kotiutuskelpoisuus / toimintakyky

- mitataanko ja miten?
- kuka hoitaa mahdollisen toimintakyvyn mittauksen?

## Jatkohoidon turvaaminen

- yhteistyökumppanit, ketä ovat? miten toimivat?
- apuvälineet? kuka hoitaa ja miten?
- tehdäänkö kotikäyntejä? kuka tekee?
- mitä tietoa potilaasta annetaan jatkohoitopaikkaan? mitä tietoa mielestäsi pitäisi lisäksi antaa jatkohoitopaikkaan?
- puuttuuko jotain tämän hetken jatkohoitajärjestelyistä?
- millaista tietoa tarvitaan vuodeosastolle jatkohoitoon tulevasta potilaasta?

## Asiakaslähtöisyys kotiuttamisessa

- miten näkyy ja toteutuuko?

Mikä on hyvää ja toimivaa kotiuttamisessa?

Mitä kehitettävää kotiuttamisessa on?

Mitä muuta haluat sanoa kotiuttamisesta?

## LIITE 4

## ESIMERKKI SISÄLLÖN ANALYYSISTÄ

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Moniammatillinen käsitys potilaan toimintakyvystä Lääketieteellinen käsitys potilaan toimintakyvystä Ft:n arvio toimintakyvystä Ft:n arvio leikattujen potilaiden kotiutuskelpoisuudesta	Potilaan kunto	Potilaan kotiutuskelpoisuus
Potilaan aktivoiminen Käsitys toimintakyvystä	Potilaan toimintakyky	
Kotiolosuhteiden selvittäminen Turhien kotiapujen eliminointi	Potilaan selviytyminen	
Yhteistyökumppanit Yhteydenotot jatkohoitoon Jatkohoito-ohjeet KSH:lle	Jatkohoidon järjestäminen	Potilaan jatkohoidon turvaaminen
Lääkehoidon varmistaminen	Lääkehoidon turvaaminen	