



**YKSILÖLLISYYDEN HUOMIOIMINEN JA  
ASIAKASLÄHTÖISYYS VANHUSASIAKKAAN  
KOTIUTUKSESSA**

Mervi Härkönen  
Marjo Kuivasniemi

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2011  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HÄRKÖNEN, MERVI & KUIVASNIEMI, MARJO  
Yksilöllisyyden huomioiminen ja asiakaslähtöisyys vanhusasiakkaan kotiutuksessa.

Opinnäytetyö 33 s., liitteet 8 s.  
Huhtikuu 2011

---

Vanhusten määrä kasvaa koko ajan ja he haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotona selviytyminen koostuu monista tekijöistä. Selviytyäkseen kotona vanhukset tarvitsevat erilaisia palveluita. Monella vanhuksella on jokin pitkäaikaissairaus, joka vaikeuttaa selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Kotona asuu entistä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä, jolloin palveluiden saaminen kotiin on entistä tärkeämpää.

Vanhusasiakkaan kotiutuessa sairaalan vuodeosastolta tulee ottaa huomioon monia asioita, jotta vanhus selviytyy kotona. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata nykyisiä kotiutuskäytäntöjä, miten niitä voisi parantaa asiakaslähtöisemmiksi ja miten saadut tulokset hyödyttävät potilaita ja hoitajia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata vuodeosastopotilaiden kotiutusta ja saadun tiedon avulla asiakaslähtöisen kotiutuksen kehittäminen. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa kotiutuksesta niin, ettei potilas joudu palaamaan takaisin sairaalaan.

Opinnäytetyön menetelmänä oli havainnointi. Opinnäytetyössä havainnoitiin hoitajien toimia vanhusasiakkaan kotiutustilanteessa. Havainnoinnit toteutettiin marras-tammikuussa kahden terveyskeskuksen vuodeosastolla. Havainnoinnin välineenä toimi havainnointilomake, jonka suunnittelimme osana opinnäytetyötä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajien käyttäytyminen potilaita kohtaan oli asiakaslähtöistä ja empaattista. Tiedolliseen tukeen ja lääkehoitoon perehdyttiin myös hyvin. Konkreettinen tuki jäi vähäiseksi. Kiire kotiutustilanteissa ja yksityisyyden puute olisivat kehittämisen arvoisia seikkoja kotiutustilanteessa kuten myös tiedonkulku osastoilla.

---

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, kotiutus, vanhus, hoitaja

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Care  
Nursing

HÄRKÖNEN, MERVI and KUIVASNIEMI, MARJO:

Considering Individuality and Client-Oriented Approach when Discharging an Elderly Client

Bachelor's Thesis 32 p., appendixes 8 p.  
April 2011

---

The number of the elderly increases all the time and they want to stay at home for as long as possible. Living at home consists of many factors and in order to manage at home seniors need various services. Many of the elderly suffer from long-term illnesses, which makes it difficult for them to cope with their daily functions. Yet, many of them stay at home at an older age and in a poorer condition than before, which makes the providing of the services at home even more vital.

When discharging an elderly client from a ward many issues have to be taken into account before a senior can manage at home. The purpose of this thesis was to depict current discharging policies, describe how to develop them into being more client-oriented and point how the results are beneficial to both the patients and the nurses.

The goal of the thesis was to provide information for developing client-oriented discharging so that the patient would not need to return to the ward. The method used with the thesis was observation, focused on the nurses' procedures when discharging an elderly client. The observations were made in the wards of two health centers between November and December with the help of an observation form which we planned for the thesis. The material was analyzed by using a material-based content analysis.

The results showed that the nurses' behavior towards the patients was client-oriented and empathic. They were also well versed in informative support and drug treatment but the concrete support was only minimal. The haste in discharging situations and the lack of privacy would be matters worth developing.

---

Key words: client-oriented approach, discharge, the elderly, (registered) nurse

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1 Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet .....	9
3.2 Ikääntyminen .....	10
3.3 Sosiaalinen tuki .....	11
3.4 Iäkäs kotiutettava.....	12
3.5 Asiakaslähtöinen kotiutus .....	13
3.6 Kotiuttamisprosessin eri vaiheet .....	16
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	17
4.1 Kohderyhmä .....	17
4.2 Menetelmä .....	18
4.3 Havainnoinnin edut .....	19
4.4. Havainnoinnin haitat .....	20
4.5 Analyysimenetelmä.....	20
5 TULOKSET .....	22
5.1 Hoitajien käyttäytyminen.....	23
5.2 Vuorovaikutus .....	23
5.3 Kommunikointi .....	24
5.4 Tiedollinen tuki.....	24
5.5 Lääkehoito .....	25
5.6 Konkreettinen tuki.....	25
5.7 Huomioita havainnointitilanteista .....	25
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	27
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	29
LÄHTEET .....	31
LIITTEET .....	34

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on vanhusasiakkaan kotiutus terveyskeskuksen vuodeosastolta. Aihe kiinnostaa meitä, sillä käytännön työssä olemme kohdanneet tilanteita, joissa asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys kotiutustilanteessa eivät ole toteutuneet.

”Tulevaisuus näyttää kuuluvan vanhuksille. Monissa länsimaissa on nykyään enemmän eläkeläisiä kuin alaikäisiä ja näistä eläkeläisistä yhä suurempi osa saavuttaa hyvin korkean iän. Henkilöt, jotka rikkovat sadan vuoden rajapyykin ovat nopeimmin kasvava väestönosa lähes kaikissa länsimaissa. On arvioitu, että vuonna 2030 maailmassa olisi yli miljoona satavuotiasta tai sitä iäkkäämpää henkilöä.” (Kaaro 2010, 157.)

Väestön vanheneminen ja ikääntyneiden asema yhteiskunnassa ovat laaja-alaisen sosiaaligerontologisen tutkimuksen kohteita. Tavoitteena on löytää ratkaisuja demograafisten muutosten mukaan tuomiin yhteiskunnallisiin haasteisiin ja etsiä keinoja ikääntyneiden omatoimiseen selviytymiseen jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava, Viitanen, 2010, 12.)

Biogerontologian tutkimuksen tavoitteena on löytää keinoja terveiden elinvuosien lisäämiseksi. Tähän asti jatkuneesta väestön eliniän pidentymisestä ei juurikaan voida kiittää biogerontologista tutkimusta, mutta tulevaisuuteen voidaan kohdistaa toiveita. Yhtenä esimerkkinä siitä, miten vanhempienkin henkilöiden elinennuste voi pidentyä ja miten laajasti yhteiskunnalliset muutokset voivat vaikuttaa tähän, ovat entisen Itä- ja Länsi-Saksan väestöjen kuolleisuusluvut. Entisen Itä-Saksan vanhusväestön kuolleisuusluvut olivat selvästi korkeammat kuin lännessä, erot hävisivät vanhimmissakin ikäryhmissä 10 vuodessa vuoden 1990 jälkeen. (Tilvis, ym. 2010, 17.)

Vanhuspolitiikan tavoitteena kansallisesti on ikääntyvien hyvinvoinnin edistäminen, itsenäisen selviytymisen tukeminen mahdollisimman pitkään ja hyvän sekä tasa-arvoisen hoidon turvaaminen (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002,76). ”Tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, sosiaalinen integraatio, taloudellinen itsenäisyys ja turvallisuus sekä oikeudenmukaisuus ovat vanhuspolitiikan perusarvoja” (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999 a, 3).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) potilaaksi määritellään henkilö, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tai on muuten niiden kohteena. Asiakslähtöisyys on terveydenhuollon palveluissa yleinen käsite. Kansallisissa suosituksissa korostetaan potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Jokaisen suomalaisen tulisi saada yhtä laadukkaat ja saavutettavissa olevat terveystalvet. Jokaisella tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon ja potilaan tarpeet tulisi huomioida palveluissa. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001, 28.)

Hyvä palvelu syntyy siltä pohjalta, että asiakas tuntee itsensä palvelutilanteessa tasavertaiseksi palvelun tuottajan kanssa ja että hänen kohtelunsa on kunnioittavaa, ammattitaitoista sekä oikeudenmukaista. (Rissanen 2005, 16.) Asiakslähtöisessä toiminnassa kohdataan asiakas yksilönä ja kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakas on aktiivisessa roolissa omaa hoitoaan koskien ja toiminta vastaa potilaan tarpeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 11.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata vuodeosastopotilaiden kotiutusta ja saadun tiedon avulla asiakslähtöisen kotiutuksen kehittäminen. Opinnäytetyön aihe saatiin Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueelta. Yhteistyökumppanina on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, joka myönsi myös tutkimusluvan. Opinnäytetyö toteutetaan havainnoimalla kahden terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajien toimia vanhusasiakkaan kotiutustilanteessa.

Opinnäytetyö aloitettiin kesällä 2010 teorian tietoon tutustumalla. Teorian perusteella laadittiin havainnointilomake, jota käytettiin havainnointitilanteissa.

Havainnointilomake testattiin yhdessä koekotiutuksessa ja muokattiin vielä sen jälkeen. Havainnoinnit tehtiin marras-joulukuussa 2010 ja tammikuussa 2011. Tuokset analysoitiin helmikuussa 2011 ja raportti opinnäytetyöstä kirjoitettiin maaliskuu-huhtikuussa 2011.

## 2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata vuodeosastopotilaiden kotiutustilannetta ja saadun tiedon avulla asiakaslähtöisen kotiutuksen kehittäminen. Tarkoituksena on tuottaa tietoa kotiutuksesta niin, että potilas ei joudu palaamaan takaisin sairaalaan heti kotiuduttuaan. Kartoituksen avulla pyritään selvittämään nykyiset kotiutuskäytännöt ja saadun tiedon avulla voidaan kehittää asiakaslähtöistä kotiutusta potilaiden ja henkilöstön parhaaksi.

Tehtävät:

Kuvata millaisia ovat nykyiset kotiutuskäytännöt?

Miten nykyisiä kotiutuskäytäntöjä tulisi parantaa asiakaslähtöisemmiksi?

Miten havainnoinnista saadut tulokset hyödyttävät potilaita?

Miten havainnoinnista saadut tulokset hyödyttävät hoitajia?



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet

Asiakaslähtöisessä toiminnassa kohdataan asiakas yksilönä ja kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakas on aktiivisessa roolissa omaa hoitoaan koskien. ( Valtioneuvoston periaatepäätös 2001, 28.)

Tässä opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan terveydenhuoltoalan koulutuksen saanutta henkilöä, kuten lähi- ja sairaanhoitaja, joita havainnoimme kotiutustilanteissa.

Kotiutuksella tarkoitetaan asiakkaan siirtymistä sairaalan vuodeosastolta toiseen sairaalaan, hoitolaitokseen tai kotiin. Tässä työssä käsitellään asiakkaita, jotka ovat siirtyneet kotiin tai palvelukeskukseen sairaalasta

Havainnointi on tarkkailua, ei vain näkemistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 201). Havainnointi on järjestelmällistä ja suuntautuu asioihin, joita on päätetty tutkia tutkimussuunnitelmassa.(Vilkkä 2005, 76.)

### 3.2 Ikääntyminen

”Huomaamme harmaantuneen tukan, ryppyisen ihon ja hidastuneet liikkeet. Tiedämme, ettei hän kuule korkeita ääniä, että hänen näkönsä on heikentynyt ja luut hapertuneet. Vanhenemisen aiheuttamien muutosten lista on pitkä. Vanheneminen onkin juuri kaikkea tätä. Se on lukemattomia samanaikaisesti tapahtuvia pieniä muutoksia kaikkialla kehossamme ja kaikissa soluissamme.” (Kaaro 2010, 69.)

Ikääntymismuutokset alkavat näkyä keskimäärin 75 -vuoden jälkeen, mutta avuntarve lisääntyy 85-vuoden jälkeen. Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista heikkenee merkittävästi 80 – 85 -vuoden jälkeen. Vanhusten toimintakyky on parempi, kuin aiemmilla sukupolvilla, vaikka sairauksia on nykypäivän vanhuksilla enemmän (Valta 2008, 13 -14.)

”Vanheneminen ei johdu siitä, että olemme saavuttaneet jonkin maagisen iän, jonka jälkeen ikääntymisen muutokset alkavat vastustamattomasti vyöryä, vaan se on seurausta siitä, missä tahdissa ja missä järjestyksessä nämä pienet muutokset soluissamme tapahtuvat. Kronologinen ikämme, joka mittaa montako vuotta on kulunut syntymästämme, on kokonaan eri asia kuin biologinen ikämme, joka viittaa solujemme vanhenemiseen. Ihmisen kronologinen ikä voi olla 65, mutta hänen biologinen ikänsä viisikymmentä – tai toisinpäin. Kun puhutaan terveydestä, biologinen ikä on merkittävämpi tekijä kuin kronologinen ikä.” (Kaaro 2010, 69 -70.)

Toimintakyky pitää sisällään ihmisen toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen ihminen tarvitsee fyysistä -, psyykkistä -, kognitiivista - ja sosiaalista toimintakykyä. Ikääntyessä eri toimintakyvyn osa-alueisiin tulee muutoksia, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Valta 2008, 26.)

Fyysisen toimintakyvyn muutokset vaikuttavat sosiaalisen ympäristön pienenemiseen, kun liikuntakyky heikkenee. Sosiaalisen ympäristön pieneneminen heijastuu psyykkiseen toimintakykyyn. Vanhukset, joilla ei ole omaisia tai ystäviä, kokevat itsensä yksinäisiksi. Kotona käyviltä omaisilta, ystäviltä, kotisairaanhoidajilta ja kodinhoitajilta saadaan sosiaalista tukea. (Valta 2008, 95 - 97.)

Ihmisen minäkuva ja persoonallisuus heijastuu perheen vuorovaikutuksen kautta, ja perheeltä vanhuksen saama rakkaus ja kannustus on ensisijaista. Perheen sisäisenä voimavarana on täyttää sosiaalisia tarpeita ja perheen yhteenkuulumisen tarve säilyä läpi elämän. (Noppiari & Koistinen 2005, 151.)

Tiina-Mari Lyyran (2006) iäkkäiden ihmisten kuolleisuuden ennustekijöitä tarkasteleva väitöskirjatutkimus osoittaa, että psykososiaalinen hyvinvointi, kuten tyytyväisyys tämänhetkiseen elämään, ja koettu sosiaalinen tuki ovat fyysisten tekijöiden ohella tärkeitä iäkkäiden ihmisten terveydelle. Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat iäkkään ihmisen terveyteen parantamalla stressinsietokykyä ja kohottavat itsearvostusta jolloin ihminen on motivoitunut huolehtimaan itsestään. (Lyyra 2006.)

### 3.3 Sosiaalinen tuki

Cobbin mukaan sosiaalinen tuki on resurssien vaihtoa, auttamista, suojaa ja tietoa, joka estää kriisin ja muutoksen aiheuttamia haitallisia vaikutuksia. Emotionaalinen tuki puolestaan on konkreettista hoivaa ja huolenpitoa toisesta ihmisestä. (Korhonen 2003, 224)

Kahn määrittelee sosiaalisen tuen ihmisten väliseksi tarkoitukselliseksi vuorovaikutussuhteeksi, johon sisältyy yksi tai useampia seuraavista elementeistä: motionaalinen tuki, yksilön päätöksenteon tukeminen, konkreettinen tukeminen.

Emotionaalista tukea on pitäminen, ihailu, kunnioitus, rakkaus sekä turvallisuudentunne. Yksilön päätöksentekoa voidaan tukea vahvistamalla, antamalla palautetta ja vaikuttamalla yksilön tapaan tehdä ratkaisuja. Konkreettinen tukeminen on konkreettista avun antamista, kuten esineiden tai rahan antamista, puolesta tekemistä tai ajan käyttämistä toisen hyväksi. (Koivula, Kaunonen, Tarkka 2005 )

Sosiaalista tukea saadaan sosiaaliselta tukiverkostolta. Tukiverkoston kuuluvat ne yksilön läheiset, joilla on merkitystä sosiaalisen tuen antajina. Tuenantajia voivat olla esimerkiksi perheenjäsenet, ystävät, sukulaiset ja ammattihenkilöt. (Kahn & Antonucci). Tavallisesti sosiaalista tukea arvioitaessa puhutaan havaitusta tai subjektiivisesta tuesta , jonka henkilö on kokenut saavansa. Sosiaalinen tuki vaikuttaa hyvinvointiin vain siinä määrin, kuin se on vastaanotettu. (House). Kuntatasolla sosiaalinen tuki on eriytynyt hallinto- ja toimintatasolle, jossa tuki on kontrolloitua välitöntä tai välillistä viranomaistyötä. Yhteiskunnan antama sosiaaliturva on myös sosiaalista tukea. Se tyydyttää väestön aineelliset perustarpeet ja –palvelut, jotka ovat terveyden ja hyvinvoinnin välttämättömyys. (Kumpusalo 1991, 14.)

### 3.4 Iäkäs kotiutettava

Iäkkään ihmisen kotona selviytyminen koostuu monista tekijöistä. Useilla iäkkäillä ihmisillä on jokin pitkäaikaissairaus, jonka kanssa pitää selviytyä päivittäin. Yksilön selviytymiseen vaikuttaa paljon, kuinka hän kokee sairautensa ja sen aiheuttamat seuraukset. Mahdollisuudet vaikuttaa terveyttä koskeviin päätöksiin lisäävät hallinnan tunnetta ikäihmisen elämässä.(Koponen 2003,13.)

Vanhukset haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään ja kotihoidon turvin tämä onnistuu. Saadessaan apua kotiin iäkkäät pysyvät aktiivisina ja voivat

asua kotona pidempään.(Valta 2008, 15.) Perheenjäsenten ja kunnallisen tai yksityisen palveluntarjoajan palvelut ovat tärkeässä roolissa (Koponen 2003, 13). Kotona asuvat vanhukset ovat yhä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä, jolloin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun saaminen kotiin on entistä tärkeämpää. (Valta 2008, 15). Palvelutaloja, sairaaloita ja muita hoitopaikkoja pidetään ikävinä paikkoina. Vapaaehtoisesti omasta kodista ei lähdetä(Valta 2008, 78).

Roineen, Tarkan & Kaunosen (2000) tutkimuksessa palveluja käyttämättömien yli 75 -vuotiaiden keskuudessa kotona selviytymisen tukemisessa korostuivat yhteydenpito omaisiin ja ystäviin. Aktiivisuus harrastustoiminnassa, positiivinen elämänsäsenne, uskonto, hyvä terveys, perhe olivat voimavaroja lisääviä tekijöitä. (Roine ym. 2000, 312–321.)

Vanhusasiakkaan sairaalasta kotiuttaminen on kuntien terveyskeskusten ja kotihoidon työntekijöiden arkipäivää, jossa sairaalan ja kentän yhteistyö sekä osaaminen punnitaan päivittäin. Useimmiten kotiuttaminen onnistuu, mutta yksikin epäonnistuminen on liikaa ja aiheuttaa turhaa syyttelyä, epävarmuutta ja turvattomuuden tunnetta potilaan, omaisten ja työntekijöiden keskuudessa. (Valtonen 2000, 7.)

Kotiutus on vanhukselle stressaava tilanne ja vaikka toimintakyky olisi hyvä, sopeutuminen uuteen tilanteeseen vie aikaa. Ensimmäiset päivät ja yöt ovat kriittisimpiä juuri kotiutuneelle ja riski joutua uudelleen sairaalaan on suuri. Kotiutuksen seurannalla varmistetaan, että asiakkaalla on tarpeelliset palvelut kotona ja hän selviytyy niiden avulla. Sairaalan hoitajan ja kotihoidon työntekijän yhteistyö tässä vaiheessa olisi hyvä.( Koponen 2003, 28 -29.)

### 3.5 Asiakaslähtöinen kotiutus

Tärkein osa-alue onnistuneessa kotiutusprosessissa on hoidollisten ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Hoitoneuvottelu nousee merkittäväksi

osaksi asiakkaan tarpeiden huomioinnissa. On kartoitettava avun tarve. Tässä moniammatillinen yhteistyö ja suunnittelu ovat tärkeitä tekijöitä vähentämään negatiivisia kokemuksia. Varhainen kotiuttaminen tukee iäkkään ihmisen toimintakykyä. Kotiuttamisen suunnittelulla tarkoitetaan yksilöllisen kotiutumissuunnitelman laatimista asiakkaalle ennen sairaalasta kotiutumista tarkoituksena parantaa asiakkaan hoidon tuloksellisuutta ja vähentää kustannuksia. (Parker & Shepperd 2001, 2.)

Kotiutus käynnistyy osastolla hoitajan ja asiakkaan tutustumisella. Osastojakson aikana saadaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä. Mahdollisista tukimuodoista tai sosiaalietuuksista sairaalaan sosiaalihoitaja antaa tietoa ja käynnistää etuuksien hakemisen. Fysioterapeutit osallistuvat asiakkaiden kuntoutukseen sekä antavat tietoa apuvälineistä ohjaavat niiden käytössä asiakasta ja omaisia. (Perälä & Hammar 2003, 25- 26.)

Sairaalassa asiakkaalle kerrotaan hyvissä ajoin tulevasta kotiutuksesta. Hänen kanssaan neuvotellaan asiasta ja varaudutaan vastaamaan kysymyksiin. Kotiutuksen suunnittelusta toteutukseen asiakkaan mielipide tulee ottaa huomioon, jolloin hän voi tuoda esiin omia toiveitaan ja osallistua näin jatkohoidon suunnitteluun. (Andersson & Liedes 2009, 12- 13.)

Kotiutustilanteissa asiakkailla on paljon tiedon tarpeita koskien kotiin siirtymistä. Tiedon tarpeet liittyvät tutkimusten mukaan sairauteen ja sen hoitoon sekä siihen liittyen mahdollisiin rajoituksiin, lääkehoitoon, oireiden hallintaan ja avun saantiin kotona. (Koponen 2003, 16.)

Asiakkaan kotiutusta mietittäessä voidaan järjestää kotilomia ja koekotiutus. Kotilomalla asiakas on muutaman päivän, jonka aikana arvioidaan asiakkaan selviytymistä kotona. Kotilomalta asiakas palaa sairaalaan, jossa päätetään onko koti oikea jatkohoitopaikka ja mitä palveluita asiakas tarvitsee kotona selviytyäkseen. Kotiloman suunnitteluun arviointiin osallistuvat asiakas, omainen, sairaalan työntekijä ja kotihoidon työntekijä. (Perälä & Hammar 2003, 28.)

Koekotiutuksen kesto sovitaan asiakkaan, omaisen ja hoitavien tahojen edustajien kanssa. Asiakas voi palata koekotiutuksen aikana osastolle suoraan. Koekotiutuksen aikana voidaan arvioida sitä, onko koti asiakkaalle sopiva jatkohoitopaikka vai olisiko jokin muu vaihtoehto parempi. Koekotiutusta käytetään silloin, kun asiakkaan kotona selviytyminen on epävarmaa.(Perälä & Hammar 2003, 25- 28.)

Kotiutumisen ajankohdan päättää lääkäri. Reseptit, hoitokertomus, jatkohoitohjeet ja tarvittaessa hoitotarvikelähete kirjoitetaan valmiiksi. Mikäli asiakas tarvitsee kotihoidon palveluita kotiutuessaan, sairaalan hoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon, kun arvio asiakkaan kotiutumispäivästä on tiedossa. Varhaisessa vaiheessa saatu tieto auttaa kotihoitoa tai omaisia järjestämään tarvittavat palvelut valmiiksi. (Perälä & Hammar 2003, 25.) Kotiuttamisen ajankohta on tärkeä, koska palveluiden saatavuus iltaisin tai viikonloppuisin on vaikea järjestää. Muuta huomioon otettavaa on muun muassa se, jos lääkehoidot tai laboratoriokokeet eivät ole valmiina tai apuvälineitä ei ole hankittu. (Valtonen 2000, 9.)

Kotiutuspäivänä hoitaja käy asiakkaan kanssa tulevaa kotiutusta koskevat asiat läpi ja tekee tarvittavat muutokset hoitosuunnitelmaan. Asiakkaan tietojen siirtyminen eri hoitopaikkojen välillä on tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Asiakkaalla on oikeus kieltää tietojensa siirtäminen ja se tulee merkitä potilaan asiakirjoihin ja tiedottaa myös jatkohoitopaikkaan.( Perälä & Hammar 2003, 24.)

Selkeät kirjalliset ohjeet lääkehoidosta, hoitotoimenpiteistä, jatkohoitosuunnitelmista tulee olla asiakkaan mukana hänen kotiutuessaan sairaalasta. Potilaan kotiutuessa illalla tai viikonloppuna, tulee sairaalasta huolehtia muutaman päivän lääkkeet mukaan, samoin hoitotarvikkeet joita tarvitaan heti kotiutuksen toteuduttua. ( Perälä & Hammar 2003,25.)

Kotiutumisen tulee olla realistinen. Tämä edellyttää asiakkaan voimavarojen realistista arviointia ja vertaamista suunnitellun kotiutuspaikan vaatimuksiin. Onnistuneeseen kotiutumiseen liittyy myös se, että asiakasta ja omaisia rohkaistaan kotona asumiseen. Tähän liittyy omatoimisuuden tukeminen ja kotona selviytymisen seuraaminen sekä turvaverkoston järjestäminen. (Valtonen 2000, 9).

Koponen (2003) toteaa väitöskirjassaan, että epäonnistuneeseen kotiutukseen liittyviä seikkoja voivat olla ”hoidonantajien puutteellinen käsitys potilaan ja perheen elämäntilanteesta ja avun tarpeesta”. Hän toteaa myös, että kotiutusprosessin toimivuuteen kotihoidon ja sairaalan välillä vaikuttaa heikentävästi yhä lyhenevät sairaalajaksot. (Koponen 2003, 21.)

### 3.6 Kotiuttamisprosessin eri vaiheet

Kotiuttamisprosessi sisältää neljä vaihetta ja kolme kommunikaatiokehää. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu potilaaseen tutustuminen, kommunikaatio potilaan, hoitajan ja tiimin välillä. Toisessa vaiheessa kotiutumispäivästä laaditaan alustava suunnitelma, jossa korostuu kommunikaatio potilaan, omaisen ja tiimin välillä. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen edistävät erityisesti iäkkään ihmisen kotiuttamisen onnistumista ja laadukkaan elämän edellytyksiä. Kolmanteen vaiheeseen kuuluu valmistautuminen kotiutukseen, jossa kommunikaatio tapahtuu hoidonantajatiimin ja kotihoidon välillä. Neljänteen vaiheeseen kuuluu kotiutuminen ja siinä luodaan kommunikaatiosuhde kotihoidon hoitajien kanssa. (Ojala & Tetri 2007, 11 -12. )



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Kohderyhmä

Kohderymänä opinnäytetyössämme oli kahden terveyskeskuksen vuodeosaston lähi-, perus - ja sairaanhoitajat. Vuodeosastoista toinen on yhteisosasto sisätautiosaston kanssa ja henkilöstö on yhteinen molemmilla osastoilla. Hoitajia on 32. Toisella vuodeosastolla on kaksi moduulia; toisessa hoidetaan akuutti- ja lyhytaikaista hoitoa tarvitsevia potilaita ja toisessa moduulissa pitkäaikaispaikalla olevia potilaita. Työntekijöitä on 19.

Havainnoiduista hoitajista kolme oli sairaanhoitajaa ja kaksi lähihoitajaa. Työkokemusta hoitajilla oli kaikilla yli viisi vuotta, kahdella yli 15 vuotta. Havainnoinnit toteutettiin yli 75-vuotiaiden vuodeosastopotilaiden kotiutustilanteissa.

Tutkimusaineisto koottiin havainnoimalla hoitajia kotiutustilanteissa. Havainnoimme yhteensä viittä hoitajaa viidessä eri kotiutustilanteessa näiltä kahdelta osastolta. Kotiutustilanteet painottuivat pääosin tietyille päiville viikossa. Havainnoitavat hoitajat valikoituivat sattumanvaraisesti. Havainnoitujen kotiutusten keskimääräinen kesto oli 20 minuuttia. Kotiutettavista asiakkaista kolme oli naisia ja kaksi miestä.

Havainnoinnin kohdistuessa hoitajiin, asiakkaiden tietoja ei tullut esille havainnointia tehtäessä. Asiakkaan lupa havainnoijan läsnäoloon kysyttiin jokaiselta asiakkaalta, jonka havainnoitavat hoitajat kotiuttivat. Asiakkaille kerrottiin, että havainnoijilla on vaitiolovelvollisuus asiakasta koskevien tietojen suhteen.

## 4.2 Menetelmä

Systemaattista eli suoraa havainnointia käytetään silloin, kun tutkija haluaa tarkkailla tilannetta ja tapahtumia ilman, että tutkittavat välttämättä tietävät hänen läsnäolostaan. Silloin havainnoidaan toisten suorituksia tai tapahtumia. Tavallisesti systemaattinen eli suora havainnointi tehdään tarkasti rajatuissa tiloissa, esimerkiksi laboratorioissa tai luonnollisissa tilanteissa kuten luokkahuoneissa tai työpaikoilla. Havainnointitilanne voidaan järjestää niin, että havaittavat tietävät tutkijan läsnäolosta, jolloin kyseessä on avoin suora havainnointi. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2010.)

Osallistuvan havainnoinnin alalajeja on useita sen mukaan, miten täydellisesti tai kokonaisvaltaisesti tutkija pyrkii osallistumaan tutkittavien toimintaan. Osallistuvassa havainnoinnissa on tyypillistä, että tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa. Yleensä tutkimukset ovat tällöin kenttätutkimuksia. Usein tutkija pyrkii pääsemään havainnoitavan ryhmän jäseneksi. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, 2010)

”Tutkimusmenetelmäkirjoissa havainnointitapoja on jaoteltu pääsääntöisesti sen mukaan, miten tutkija toimii suhteessa tutkimuskohteeseensa. Eri havainnointitapojen rajat, esimerkiksi osallistuvan ja osallistumattoman välillä, eivät ole selvät.” (Vilka 2006, 42.)

Tiedonkeruumenetelmänä käytimme avointa suoraa havainnointia. Havainnointia varten laadimme lomakkeen (liite 1), jota täytimme havainnoidessamme hoitajien toimia. Havainnointilomakkeen pohjana oli opinnäytetyön teoria ja siinä olevat keskeisimmät käsitteet. Mallina käytimme Takalan, Kokkosen ja Liukkosen kehittämää sosioemotionaalisia taitoja arvioivaa havainnointilomaketta, josta muokkasimme havainnointiin sopivan lomakkeen. (Piirainen & Suutari 2009,25.)

Lomakkeeseen tuli kuusi pääulottuvuutta, jotka olivat hoitajan käyttäytyminen, vuorovaikutus, kommunikointi asiakkaan kanssa, tiedollinen tuki, lääkehoito ja

konkreettinen tuki. Hoitajan käyttäytyminen sisälsi kahdeksan alakohtaa, vuorovaikutus 14, kommunikointi asiakkaan kanssa kuusi, tiedollinen tuki 17, lääkehoito viisi ja konkreettinen tuki kuusi alakohtaa. Havainnointilomakkeessa oli asteikko nolasta neljään (0= ei tapahtunut, 1= ei ollenkaan, 2= huonosti, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin), miten ominaisuudet tai tavat toteutuivat kotiutustilanteessa.

#### 4.3 Havainnoinnin edut

Havainnoilla saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset todella niin kuin sanovat toimivansa. Havainnoiden voi myös tutkia tilanteita, jotka muuttuvat nopeasti tai ovat vaikeasti ennakoitavissa. (Hirsjärvi ym.2004, 201- 203.) ”Tutkijan on koko ajan tiedostettava, että hän vaikuttaa tutkimuskohteensa elämään. Hänen on tiedostettava, millaisia seurauksia tutkimuskohteelle on tutkimuksen tekemisellä ja valmiilla tutkimuksella tuloksineen. ” (Vilkkä 2006, 57).

Kysymysten avulla havaintoja voidaan tuottaa tutkimuksen eri vaiheissa. Tärkeimmät havainnoijan kysymykset ovat mitä, miten, kuinka ja miksi. (Vilkkä 2006, 78.) Teoria on tärkeässä roolissa havainnoimalla tehdyssä tutkimuksessa. Havainnointia käytettäessä tutkimusaineiston keräämiseen teorian merkitys korostuu. Tämä siksi, että havainnointi perustuu tutkijan henkilökohtaisiin havaintoihin. (Vilkkä 2006, 78-79.)

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä puolestaan tutkimusaineiston rajaaminen tapahtuu niin, että tutkija suuntaa haastattelua tai havainnointiaan tiettyihin asioihin. Tästä seuraa, että tutkija kysyy esimerkiksi teemahaastattelussa vain tiettyjä teemoja, asiakokonaisuuksia ja niihin liittyviä seikkoja. Havainnoinnissa vuorostaan havaintojen tekeminen kohdistetaan tiettyihin ennalta valittuihin toimintoihin tutkimuskohteessa. (Vilkkä 2006, 81.)

#### 4.4. Havainnoinnin haitat

Havainnoinnissa tutkija saattaa häiritä tilannetta tai muuttaa sen kulkua. Tutkija saattaa sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään tai tilanteeseen. (Laalahti & Naskali 2009, 31.) Havainnointi on vaativa tiedonkeruumenetelmä. Tapahtumia voi olla niin paljon, että niiden rekisteröiminen on vaikeaa. Tämä tulee esille varsinkin videoitaessa havainnoitavaa tapahtumaa tai ilmiötä. Havainnoitavat tapahtumat ovat ainutkertaisia, niitä ei voi toistaa. Pitkäaikaisessa havainnoinnissa tutkija voi sopeutua havainnoitavaan yhteisöön jolloin keskeisten asioiden huomioiminen häiriintyy. Havainnoitavia tilanteita on vaikea ennustaa etukäteen. ( Niskanen, Helsingin yliopisto.)

#### 4.5 Analyysimenetelmä

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tavoitteena on löytää teoria tai sääntö, joka koskee koko tutkimusaineistoa. Tavoitteena ei ole määritellä tyypillistä tapausta tai tuoda esille enemmistön tai vähemmistön toimintaa. (Vilkka 2006, 83.)

Analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissa erotetaan tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineisto kuvataan luokkina, jotka sulkevat toisensa pois ja ovat yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23-30. Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Tutkimusaineiston rajaus voidaan tehdä myös analysointivaiheessa. Tietyn teoreettisen viitekehyksen mukaan analysoidaan kerätyt havainnoinnit. (Vilkka 2006, 81.)

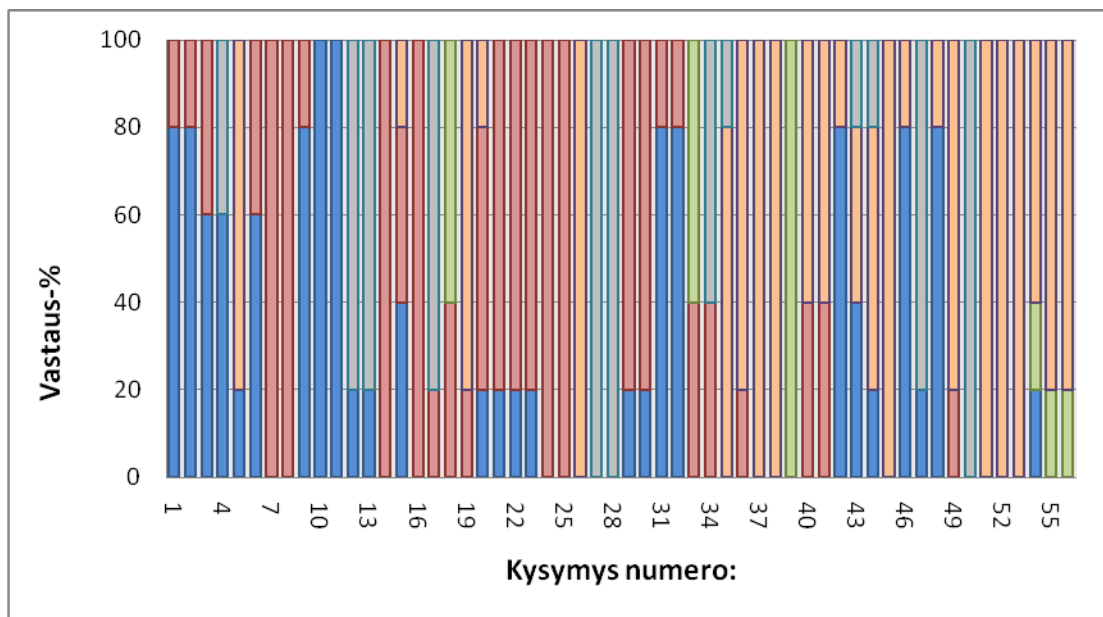
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pelkistäminen on ensimmäinen vaihe, jossa aineistosta etsitään pelkistetyt vastaukset tutkimustehtävän kysymyksiin. Aineiston pelkistetyt vastaukset kirjataan aineiston termein. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä havaintojen yhdistäminen eli pelkistäminen tuottaa raakahavaintoja. Raakahavainnot ovat hyödyllisiä myös tulkinnan tuottamisessa. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa

tulkintaan liittyy läheisesti ymmärtäminen. Tämä edellyttää tutkijalta, että hän kykenee löytämään tutkimuskohteestaan tutkimusaineiston avulla jonkinlaisen johtoajatuksen. (Vilka 2006, 86.)

Ryhmittely on seuraava vaihe ja siinä etsitään vastauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Alaluokkien nimeäminen kuuluu myös ryhmittelyyn. Kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan. Abstrahoinnissa samansisältöiset alaluokat yhdistetään, joista saadaan yläluokkia. Yläluokat yhdistetään ja nimetään ydinkategoria, joka on aineiston pääteema. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23 -30 Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

## 5 TULOKSET

Havainnoinneista saimme 280 pelkistettyä vastausta. Pelkistetyt vastaukset yhdistimme ja tulokseksi saimme raakamatriisin. Kuviossa 1 on kuvattu vastauksien määrät (4= erittäin hyvin, 3=hyvin, 2=huonosti, 1= ei ollenkaan, 0= ei tapahtumaa).



- 4 = erittäin hyvin
- 3 = hyvin
- 2 = huonosti
- 1 = ei ollenkaan
- 0 = ei tapahtumaa

Kuvio 1. Havaintojen raakamatriisi %.

Yläkategoriat muotoutuivat jo havainnointilomakkeen suunnitteluvaiheessa, mitä sosiaalisen tuen muotoja havainnoimme. Yläkategoriat, alakategoriat ja pelkistetyt ilmaukset esitetty kaaviona liitteessä 2.

## 5.1 Hoitajien käyttäytyminen

Hoitajien käyttäytyminen kotiutettavia kohtaan sai yleisarvosanaksi erittäin hyvän tarkasteltaessa ystävällisyyttä ja kärsivällisyyttä. Hoitajan kunnioittava asenne toteutui erittäin hyvin tai hyvin kaikissa kotiutustilanteissa, samoin empaattisuus. Hoitajat käyttäytyivät tasa-arvoisesti, rehellisesti ja kunnioittivat asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Kahdessa kotiutuksessa hoitajan kiireellisyys, joka näkyi ulospäin, häiritsi muuten hyvin sujuvaa kotiutusta. (liite2)

Kolme asiakkaista esitti kysymyksiä ja niihin vastattiin hyvin ja asiallisesti. Yhdessä kotiutustilanteessa oli omainen läsnä ja hänet huomioitiin myös hyvin kotiutustilanteessa. Muihin kotiutettavien omaisiin oli oltu puhelimitse yhteydessä.

## 5.2 Vuorovaikutus

Hoitajat tervehtivät asiakkaita kaikissa viidessä havainnoinnissa hyvin. Asiakkaan tervehtiminen nimellä toteutui neljässä tapauksessa. Hoitajat asettuivat kotiutustilanteessa lähelle asiakasta, jolloin he saivat hyvän katsekontaktin. Hoitajat myös kyselivät asiakkaiden mielipiteitä ja yhdessä miettien löysivät ratkaisuja jatkoa ajatellen. Hoitajien toiminta oli määrätietoista ja he hallitsivat tilanteen hyvin. Tuttu hoitaja tuo turvallisuuden tunnetta ja näin olikin melkein kaikkien asiakkaiden kohdalla, vain yhdessä tilanteessa hoitaja ei ollut tuttu asiakkaalle. Asiakkaiden kuunteleminen toteutui hyvin. Haasteelliseen käyttäytymiseen hoitaja suhtautui erittäin hyvin yhdessä kotiutuksessa ja toimi myös tilanteessa luontevasti. (liite 2:2)

### 5.3 Kommunikointi

Kommunikointi oli asiakaslähtöistä eli asiakkaan tilanteet huomioitiin ja asiat käytiin läpi niin, että asiakkaat ymmärsivät mitä heille puhuttiin. Kun kohdalle osui asiakas, jolla oli sairautensa vuoksi kommunikoinnissa vaikeuksia, hoitaja mietti tarkkaan, millä tavoin kertoi oleellisimmat tehdystä toimenpiteestä ja jatkosuunnitelmista. Eleitä ja ilmeitä käytettiin hyvin kaikissa kotiutuksissa sanallisen ilmaisun tukena. (liite 2:3)

### 5.4 Tiedollinen tuki

Tutkimuksessa kävi ilmi, että tiedollinen tuki oli erittäin hyvää tai hyvää sairauksien, sairauksien hoidon, tehtyjen tutkimusten ja jatkohoidon kohdalla. Kotiutustilanteessa käytiin läpi sairauksien kulkua ja tehtyjä toimenpiteitä. Asiakkaille annettu tieto mihin tulee ottaa yhteyttä tarvittaessa kotiutuksen jälkeen toteutui vain kahdessa tilanteessa. Asiakkaiden kanssa keskusteltiin omaisiin liittyvät tiedotusasiat. Omaiset olivat tietoisia kotiutuksesta. Tieto asiakkaan toimintakykyyn liittyvissä asioissa, lääkkeiden sivuvaikutuksista, erillisestä lääkkeestä, nukkumisesta, ravitsemuksesta ei toteutunut ollenkaan. (liite 2:4)



## 5.5 Lääkehoito

Asiakkaiden kanssa käytiin läpi lääkitys, annostus ja reseptiasiat. Tarkistettiin, onko lääkkeitä varmasti kotona vai pitääkö lähteä apteekin kautta. Useimmat omaiset hoitivat lääkkeiden haun. Hoitajat varmistivat vielä asiakkaalta oliko lääkehoidosta herännyt kysymyksiä tai oliko jokin asia jäänyt epäselväksi. Olipa joukossa iäkäs asiakas, jolla ei mennyt lääkkeitä lainkaan. Kotiutettavissa ei ollut yhtään potilasta, joille olisi tarvinnut ohjata tai kerrata lääkkeiden oton tekniikkaa, kuten insuliinikynän käyttöä tai astmasuihkeen ottoa. ( liite 2:5)

## 5.6 Konkreettinen tuki

Konkreettisen tuen antaminen kotiutustilanteissa ei toteutunut muissa kohdissa paitsi kerran apuvälineiden käytön kohdalla. Hoitajat eivät maininneet kolmannen sektorin palveluista tai vertaistukiryhmistä.

## 5.7 Huomioita havainnointitilanteista

Havainnointitilanteissa asetuimme niin, että näimme sekä hoitajan että asiakkaan kasvot, mutta olimme enemmän taka-alalla asiakkaaseen nähden. Välimatkaa oli keskimäärin parisen metriä. Kysyimme luvan asiakkaalta ennen kotiutuksen alkua ja kerroimme miksi haluamme olla mukana. Kukaan ei kieltäytynyt. Havainnoidut kotiutustilanteet kestivät keskimäärin 20 minuuttia.

Hoitajat eivät tieneet mitä kotiutuksessa havainnoimme. Jotkut heistä sanoivat suoraan, että jännittävät. Pari kertaa hoitaja kohdisti kysymyksen havainnoijaan, havainnoija ei kommentoinut. Havainnointihan on myös aistien avulla tapahtuvaa tiedonkeruuta. Siihen perustuen toteamme, että tilanteissa oli osittain onnistumisen paineita ja jännitystä havaittavissa. Osallistuvalla havainnoinnilla toteutettuna tilanteet olisivat olleet luontevampia.

Tiedonkulku osastolla koskien kotiutuksien havainnointia, toteutui huonosti. Ilmoitimme tulostamme samana päivänä, kun olimme menossa osastolle tai osastolta soitettiin meille. Osa kotiutuksista meni ohi, kun sovitut ajat eivät päteneet. Asiakas olikin jo kotiutettu, kun menimme osastolle eikä kukaan tuntunut tietävän mitään.

Yksityisyys ei toteutunut sairaaloissa useamman potilaan huoneissa. Kotiutuksen tapahtuessa potilashuoneessa kotiutuvan asiat tulivat muiden potilaiden tietoon. Ympäristön rauhattomuus häiritsi myös potilaan kanssa käytävää keskustelua. Kotiutukseen pitäisi varata aikaa ja rauhallinen paikka. Hoitajan poistuminen kesken tilanteen tai muiden potilaiden kulku ja muiden hoitajien läsnäolo loivat kiireisen tunnun.

## 6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta ilmentävät normit ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittämään luotettavia tuloksia, joiden oikeellisuus on tiedeyhteisön tarkistettavissa. Tutkimusaineistojen keruu, käsittely ja asianmukainen arkistointi liittyvät olennaisesti tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. Tutkittavien ihmisarvoa ilmentävät normit korostavat tutkittavien ja heidän yhteisöjensä itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvan vahingon välttämistä. (Kuula 2006, 24.)

Lääke- ja terveystieteellistä tutkimusta sekä ylipäänsä terveydenhuoltoon kohdistuvaa tutkimusta ohjaa terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) ja sen tutkimusjaosto. ETENE:n tutkimusjaosto antaa koulutusta, ohjeita sekä suosituksia tutkimukseen liittyvissä eettisissä kysymyksissä. Tutkimusjaosto kouluttaa myös paikallisella tasolla toimivia sairaanhoitopiirien tutkimuseettisiä toimikuntia, jotka arvioivat oman piirinsä terveydenhuollon yksiköihin kohdistuvien tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. (Kuula 2006, 32- 33.)

Luottamuksellisuus potilaan ja lääkärin välillä on hoitosuhteen kannalta olennaista. Lääketieteen etiikassa on koko ajan otettava huomioon oikeudenmukaisuus. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, sillä potilas ei ole vain hoidon kohde. Kaiken lääketieteellisen toiminnan tulee olla arvokasta suhteessa kaikkiin siihen osallistuviin, sillä potilaan arvokkuutta on suojeltava. (Luodeslampi 2005, 55.) Kun pohditaan kysymystä, minkälainen toiminta on ammattia harjoitettaessa eettisesti hyväksyttävää ja suositeltavaa, keskustellaan ammattietiikan keskeisestä ongelmasta. Ammattieettiset kysymykset eivät eroa muista eettisistä kysymyksistä muussa kuin siinä, että ne koskevat ammatillisten tekojen eettisyyttä. (Räikkä 2004, 15.)

Etiikka on filosofian osa-alue, jossa tarkastellaan oikeaan ja väärään liittyviä ongelmia. (Räikkä 2004, 9). Etiikka pyrkii kertomaan, minkälainen on oikea moraalit eli minkälaiset tavat ovat hyviä ja oikeita. On tärkeää huomata, että se, minkä uskotaan olevan oikein, ei välttämättä ole tosiasiallisesti oikein. (Räikkä 2004, 10).

Riikka Lämsä toteaa väitöskirjatyössään, että julkiset keskustelut potilashuoneissa vaarantavat salassapidon. Potilaat joutuvat kuulemaan toisiaan koskevia asioita, joista eivät välttämättä haluaisi tietää. Lämsä toteaa, että suullisessa tiedonkäsittelykäytännössä ei huomioida juoruilua, joka etenkin pienillä paikkakunnilla voi aidosti vahingoittaa potilaan sosiaalisia suhteita tai asemaa yhteisössä. Kaikki eivät myöskään halua käsitellä sairautensa kulkua tai ennustetta muiden kuullen. (Lämsä 2011.)

Pohdimme, miten havainnoijan, havainnoitavan ja asiakkaan toistensa tunteminen entuudestaan vaikuttaisi havainnoinnin luotettavuuteen. Pienillä paikkakunnilla tältä ei voi välttyä. Tiedostimme ongelman toimien tilanteissa neutraalisti ja ammatillisesti. Pohdimme myös sitä, kuinka paljon havainnointien tulokseen vaikutti se, että emme itse päättäneet havainnointiajankohtaa - ja tilannetta, vaan aloite tuli osastolta.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston vähäisyys vaikuttaa työn luotettavuuteen heikentävästi. Tässä työssä havainnointien määrä jäi vähäisemmäksi kuin olimme ajatelleet. Kotiutustilanteisiin pääseminen osoittautui haasteelliseksi. Sovitut ajat eivät pitäneet tai kotiutus oli jo ohi, kun saavuimme osastolle.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitajilla ei ole osastoilla kotiutuksen suunnitteluun ja toteutukseen tarpeeksi aikaa. Kotiutustilanteiden kiire ja rauhattomuus potilashuoneissa häiritsivät kotiutusta. Oma rauhallinen tila kotiutukseen olisi hyvä olla osastolla. Samansuuntaisia tuloksia on saanut Ketola (2010) opinnäytetyössään. Ketolan (2010) opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat, ettei kotiuttamisen suunnitteluun ole tarpeeksi aikaa. Kotiutuksen toteutus heidän arvionsa mukaan silti toimi hyvin. Ohjaustilanteet koettiin myös rauhattomiksi ohjaustilan puuttuessa. Asiakas voisi kysellä ja keskustella mieltä askarruttavista asioista kotiutusta koskien, kun hoitaja keskittyisi vain asiakkaan asioihin rauhallisessa tilassa. (Ketola 2010, 11–13)

Nykyisissä kotiutuskäytännöissä yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys toteutuivat hyvin. Asiakkaan mielipide otettiin huomioon kotiutustilanteessa. Asiakkaalle annettiin mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista tai epäselviksi jääneistä asioista. Asiakkaat eivät kuitenkaan kyselleet, mikä kertoisi siitä, että tietoa oli annettu riittävästi ja selkeästi. Toisaalta kotiutuksen tapahtuminen potilashuoneessa muiden potilaiden ollessa paikalla saattoi vaikuttaa, ettei omista asioista haluttu puhua vaikkapa niiden arkaluontoisuuden vuoksi.

Kotiutuskäytäntöjen parantamiseksi aikaa tulisi varata enemmän kotiutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kolmannen sektorin palveluista kertominen ja niiden hyödyntäminen olisi hyvä saattaa asiakkaan tietoon. Kolmannen sektorin palveluiden avulla asiakkaan selviytyminen kotona mahdollisesti paranisi. Uuden sairaalajakson tarve voisi siirtyä.

Konkreettisen tuen määrä ei tullut havainnointitilanteissa ilmi, johtuen paljolti siitä, että paperityöt koskien kotiutusta oli tehty valmiiksi jo ennen varsinaista kotiutusta. Asiakkaan siirtyessä kotiin tai toiseen hoitopaikkaan ajanmukaisen ja

oikean tiedon siirtyminen takaa hoidon jatkuvuuden. Kommunikaatio on yhteistyön edellytys.(Koponen 2003, 26).

Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella asiakkaiden oma aktiivisuus ja kiinnostus omaan hoitoon liittyvissä asioissa parantaisivat kotona selviytymistä. Hoitajilla on hyvä tietotaito, jota asiakkaat voisivat käyttää enemmän hyödykseen.

Kotiutuksen suunnitteluun pitäisi varata enemmän aikaa. Kiireettömyys kotiutustilanteessa tuo turvallisuuden tunteen kotiutettavalle. Kotiutus on stressaava vaihe asiakkaalle; hoitajan myönteinen ja kannustava asenne helpottaa kotiutumista. Oma tila asiakkaan kanssa käytävään keskusteluun olisi hyvä olla osastolla. Täten asiakas tulisi huomioiduksi vieläkin yksilöllisemmin.

Jatkotutkimuksissa voisi selvittää asiakkaiden mielipidettä kotiutuksesta ja miten he haluaisivat kehittää sitä. Omaisten mielipide ja mahdolliset parannusehdotukset olisi hyvä kartoittaa. Kotihoidon ja kotipalvelun mielipide kotiutukseen liittyen voisi olla selvityksen kohteena.

## LÄHTEET

Andersson, J& Liedes, S. 2009. Ikääntyneen asiakkaan kotiutusprosessi Espoon kotihoidossa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Julkaistu Theseus ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa. Luettu 2.4.2011

Heinonen, K, Moilanen, I & Pietilä, A-M. 2003. Hoitotiede Vol. 19, no 4/-07, s. 224

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Janhonen & Nikkonen.2003. Vuorovaikutuskulttuuri hoitotyössä.

<http://www.turkuamk.fi/Hoitonetti/2005>

Jyväskylän yliopisto 2006. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 10.1.2011.

Opinnäytetyöpakki. Kajaanin ammattikorkeakoulu  
<http://www.193.167.122.14/Opari/ontTukiKeruuHavainnointi..>Luettu 20.10.2010

Ketola, P.2010. Vanhusten kotiuttaminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta sairaanhoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Luettu 4.4.2011. Julkaistu Theseus ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa

Koivula, M., Kaunonen, M., Tarkka, M-T. 2005. Hoitotiede. Nuorten koettu terveys ja sosiaalinen tuki-pilottitutkimus. Vol.17, no 6/-05

Koponen, L.2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.Acta universitatis tamperensis 974. Akateeminen väitöskirja.

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino

Laalahti, H & Naskali, M. 2009. Hoitajien aseminen työskentely MRSA- potilaita hoidettaessa. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Luettu 26.10.2010. Julkaistu Theseus ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa.

Luodeslampi, J. 2005. Etiikka!.WSOY.

Lyyra, T-M. 2006. Sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys pidentävät iäkkäiden ihmisten elinikää. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. <http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/10/tiedote>.Luettu 24.9.2010.

Lämsä, R. Potilashuoneiden julkiset keskustelut vaarantavat salassapidon. Artikkel. Sairaanhoidaja 2011:4

Niskanen, V. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.  
<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/ainker.htm>. Luettu 4.4.2011

Ojala, P & Tetri, J.2007. Hyvän kotiuttamisen laatuksiteerien toteutuminen hoitotyössä Asikkalan kunnassa. Opinnäytetyö.

Parker J. & Shepperd S. 2001, Discharge planning from hospital to home. Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (issue 1).

Perälä M-L & Hammar,T.2003. PALKOmalli- Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29/2003. Stakes.

Piirainen, A & Suutari, J.2009. Sosioemotionaalisten taitojen kehittäminen liikunnan avulla päiväkodin 4- 6-vuotiaiden lasten integroidussa erityisryhmässä. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Luettu 4.4.2011. Julkaistu Theseus ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa.

Rissanen, T. 2005. Hyvä palvelu. Kirja. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti PoleStar Ltd, Fram Vaasa.

Roine K, Tarkka, M-T & Kaunonen, M. 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. Hoitotiede 12(6), 312 - 321.

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

Räikkä, J. 2004. Moraalin kanssa. Oy UNIpress Ab

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus.2002. Raportteja 268. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000>.Luettu 10.1.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö 1999a. Vanhuspolitiikka. Esitteitä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

Takala, K., Kokkonen, M. & Liukkonen, J. 2009. Päiväkotilasten sosioemotionaalisten taitojen kehittäminen liikuntatuokioiden avulla. Liikunta & Tiede Vol. 46, No. 1.



Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. 2010. Geriatria. Kustannus oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta universitatis Tamperensis 1368. Akateeminen väitöskirja

Valtioneuvosto 2001. Periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. <http://www.turku.fi>. Luettu 29.10.2010

Valtonen, L. 2000. Vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen, Artikkel. Vanhustyö 2000:3

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Gummerus Kirjapaino Oy.

## LIITTEET

## LIITE1(3)

## HAVAINNOINTILOMAKE

Asiakkaan suostumus havainnointiin

---

Ikä \_\_\_\_\_

Sukupuoli

1 nainen      2 mies

Havainnoitavan ammattinimike

1 sairaanhoitaja      2 lähihoitaja      3 perushoitaja

Havainnoitavien ominaisuuksien ja tapojen toteutuminen kotiutustilanteessa

Ominaisuudet toteutuvat      4=erittäin hyvin, 3= hyvin, 2=huonosti, 1= ei ollenkaan, 0= ei tapahtumaa

Hoitajan käyttäytyminen

-ystävällisyys	4	3	2	1	0
-kärsivällisyys	4	3	2	1	0
-kunnioittava	4	3	2	1	0
-asiakkaan kysymyksiin vastaaminen	4	3	2	1	0
-omaisten huomioiminen	4	3	2	1	0
-empaattisuus	4	3	2	1	0
-kuunteleminen	4	3	2	1	0
-luottamuksellisuus	4	3	2	1	0

Vuorovaikutus

Hoitaja:

- käyttäytyy tasa-arvoisesti      4      3      2      1      0

- käyttäytyy rehellisesti      4      3      2      1      0

asiakasta kohtaan

(jatkuu)

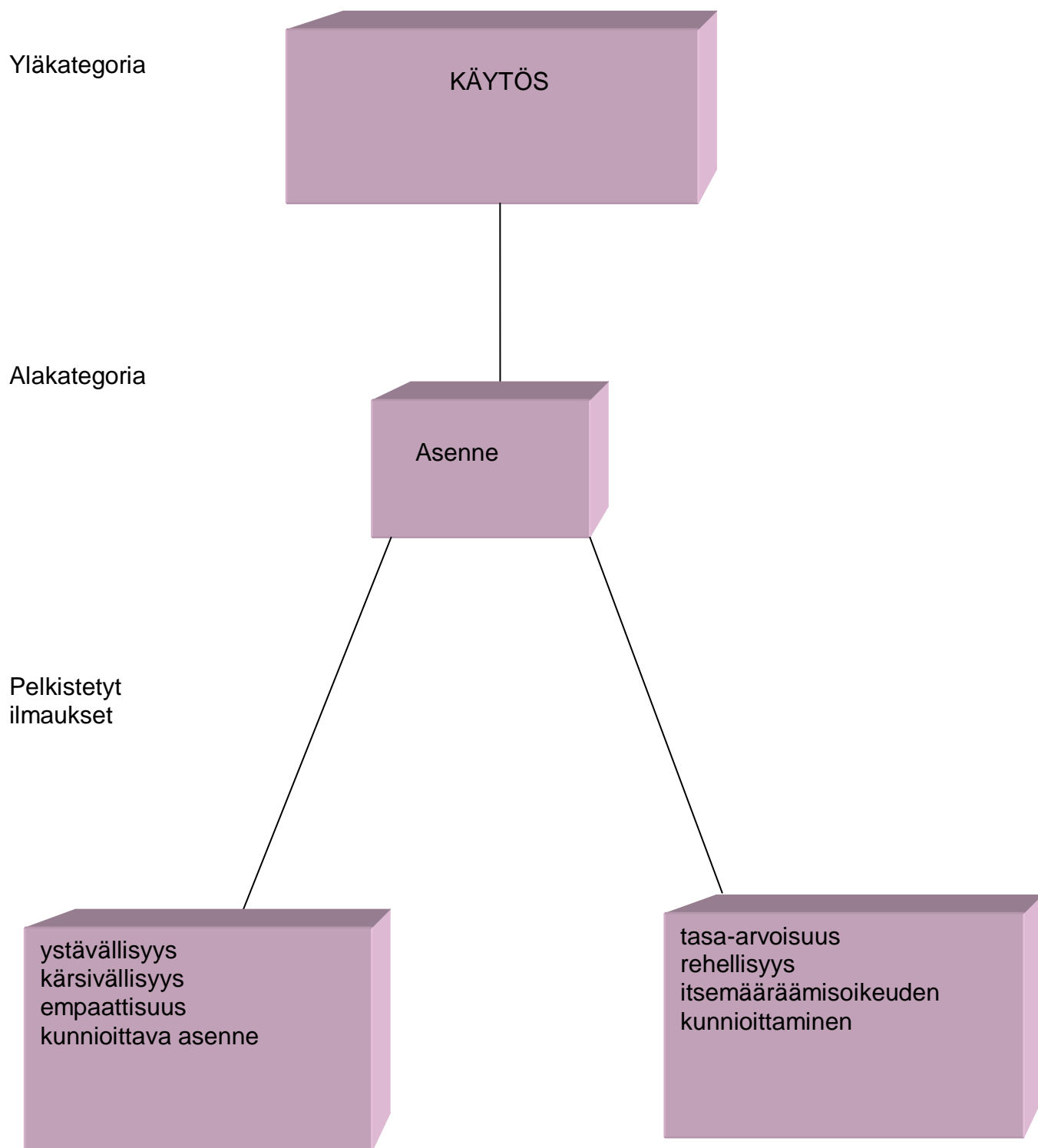
## LIITE 1: 2(3)

-kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta	4	3	2	1	0
Osa suhtautua asiakkaan - haasteelliseen käyttäytymiseen asiallisesti	4	3	2	1	0
- toimii tilanteessa luontevasti	4	3	2	1	0
Luo turvallisen hoitotilanteen – tervehtii asiakasta	4	3	2	1	0
- tervehtii asiakasta nimellä	4	3	2	1	0
- kuuntelee	4	3	2	1	0
- rohkaiseva asenne	4	3	2	1	0
- huumori	4	3	2	1	0
- kosketus	4	3	2	1	0
- tuttu hoitaja	4	3	2	1	0
- määrätietoinen työskentely	4	3	2	1	0
- hallitsee tilanteen	4	3	2	1	0
Kommunikointi asiakkaan kanssa:					
Hoitaja ilmaisee itseään suullisesti ymmärrettävästi					
4	4	3	2	1	0
Hoitaja käyttää					
- eleitä	4	3	2	1	0
- ilmeitä	4	3	2	1	0
- kehonkieltä	4	3	2	1	0
sanallisen ilmaisun tukena ja ristiriidattomasti sen kanssa					
Käyttää tarvittaessa kommunikoinnissa apuna asiakkaan					
- läheisiä	4	3	2	1	0
- muuta hoitohenkilökuntaa	4	3	2	1	0
Tiedollinen tuki					
-tietoa sairaudesta	4	3	2	1	0
-tietoa sairauden hoidosta	4	3	2	1	0
-tehdystä tutkimuksista	4	3	2	1	0
-tiedot jatkohoidosta	4	3	2	1	0
-lääkehoidosta yleisesti	4	3	2	1	0
-erillisestä lääkkeestä	4	3	2	1	0
lääkkeen /- den sivuvaikutuksista					
-ravitsemuksesta	4	3	2	1	0
-nukkuminen	4	3	2	1	0

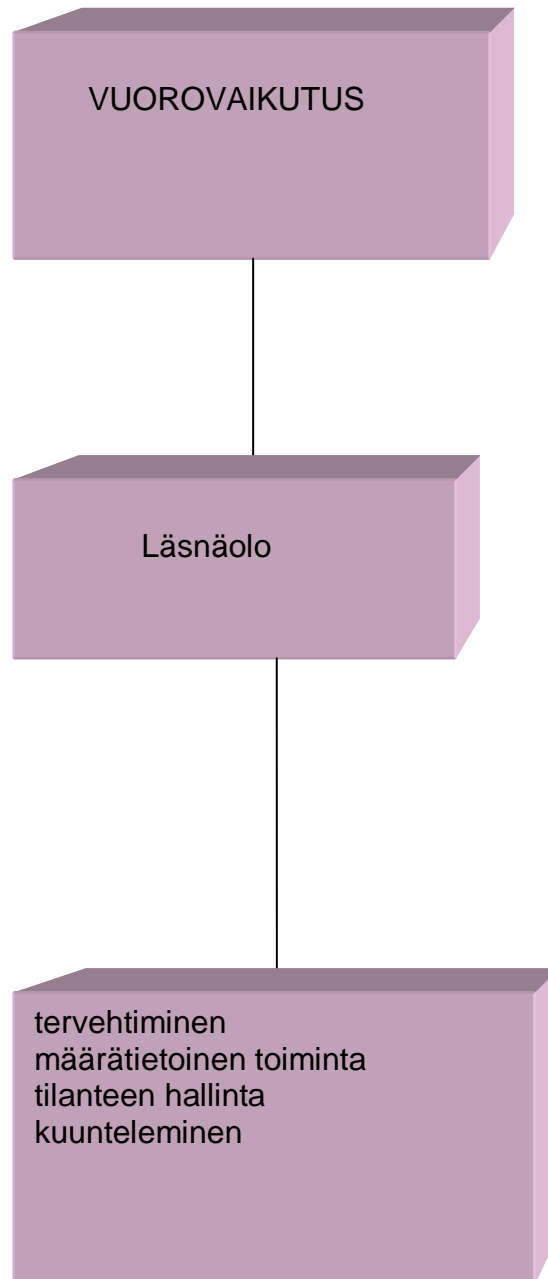
## LIITE1:3(3)

-liikkuminen	4	3	2	1	0
-toimintakyky	4	3	2	1	0
-seurantakäynnit	4	3	2	1	0
-mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa	4	3	2	1	0
Hoitajan yhteydenotto					
- omaisille	4	3	2	1	0
- kotihoidolle	4	3	2	1	0
- hoitajille palvelutaloon	4	3	2	1	0
- mtt - toimisto	4	3	2	1	
Lääkehoito					
-lääkelistan ajantasaisuus	4	3	2	1	0
-uuden/uusien lääkkeiden	4	3	2	1	0
-kertaus asiakkaan kanssa					
-reseptit asiakkaalle mukaan	4	3	2	1	0
-kysymyksiin vastaaminen	4	3	2	1	0
-lääkkeiden ottamiseen	4	3	2	1	0
liittyvä tekniikka esim. insuliinikynä, astmasuihke					
Konkreettinen tuki					
-tietoa kolmannen sektorin palveluista	4	3	2	1	0
-vertaistukiryhmät	4	3	2	1	0
-eri sairauksien omat liitot (esim. allergia, astma, diabetes)	4	3	2	1	0
-yhteydenotto hoitaviin muihin tahoihin	4	3	2	1	0
- apuvälineiden käytön ohjaus	4	3	2	1	0
-ohjaus taloudellisissa asioissa (esim. taksimatkat, jokin taloudellinen tuki ja sen hakeminen esim. c-todistus)	4	3	2	1	0

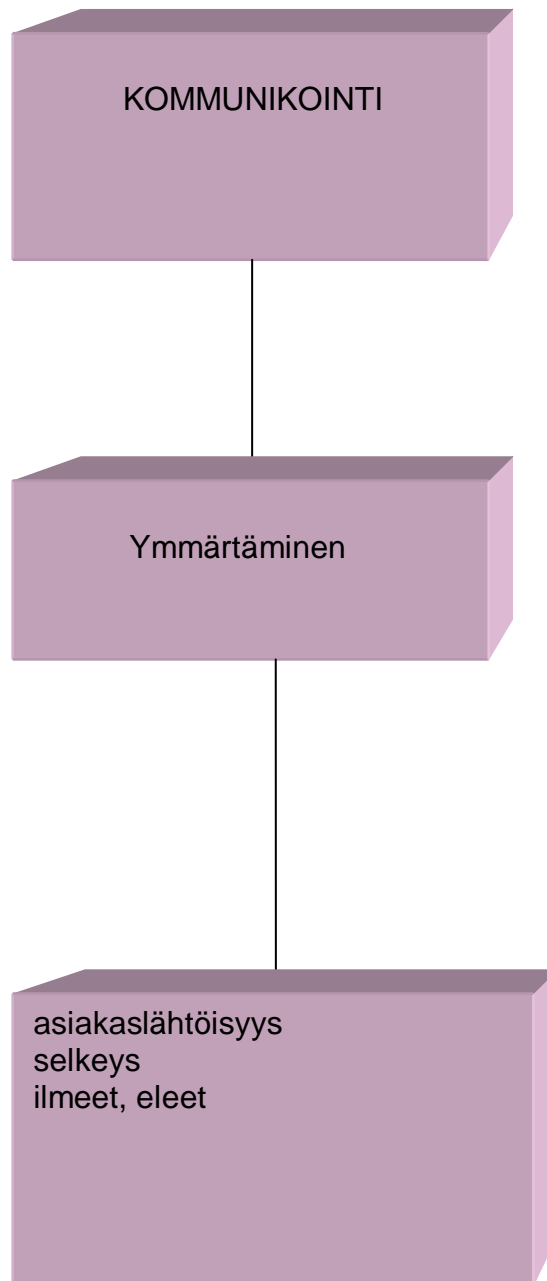
## LIITE 2



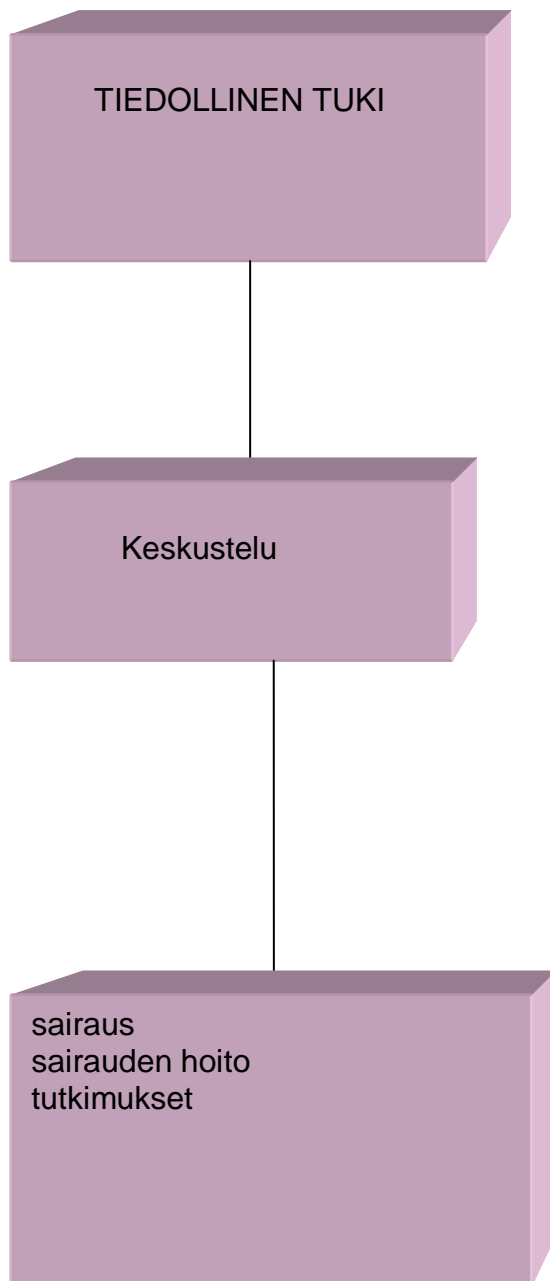
## LIITE 2: 2(5)



## LIITE 2:3(5)



## LIITE 2:4(5)





## LIITE 2:5(5)

