

KOTIUTTAMISPROSESSI HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMANA KEURUUN VUODEOSASTOLLA

Noora Santala

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) SANTALA, Noora	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.11.2011
	Sivumäärä 40+1	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KOTIUTTAMISPROSESSI HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMANA KEURUUN VUODEOSASTOLLA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli		
Toimeksiantaja(t) Seututerveyskeskus / Keuruun vuodeosasto		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön aihe kotiuttamisprosessista hoitohenkilöstön kokemana oli työelämä- lähtöinen ja aihe sovittiin yhteistyössä vuodeosaston osastonhoitajan kanssa. Tar- koituksena oli selvittää hoitohenkilöstön näkemyksiä kotiuttamisprosessista sekä selventää kotiutushoitajan toimenkuvaa toiminnan vaikuttavuutta. Opinnäytetyö teh- tiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla marraskuussa 2011 ja se koostui vuodeosaston kotiu- tushoitajan, fysioterapeutin, kolmen sairaanhoitajan ja kolmen perus-/lähihoitajan haastatteluista. Haastattelut analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Keuruun vuodeosastolla on joulukuusta 2007 lähtien toiminut kotiutushoitaja, jonka työnkuvaan kuuluu potilaan kotiuttaminen lääkärin kotiuttamispäätöksen jälkeen yhteistyössä muiden yhteistyötahojen kanssa. Kotiuttamisprosessi alkaa jo potilaan tullessa osastolle ja onnistunut kotiuttaminen vaatii koko hoitohenkilöstön panosta eikä ole yksinomaan vain kotiutushoitajan tehtävä. Myös omaisten ja muiden yhteis- työtahojen panos on tärkeä kotiuttamisen onnistumisen kannalta.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella kotiuttamisprosessin toimivuus on hyvä ja siihen osallistuvat kaikki osastolla potilasta hoitavat ammattiryhmään katso- matta. Kehittämiskohteita olivat tiedonkulku sekä riittämätön tietämys saatavilla ole- vista koti- ja asumispalveluista. Kotiutushoitaja koettiin osastolla erittäin tärkeäksi kotiutumisen sujuvuuden kannalta. Saatujen tulosten perusteella kotiuttamisproses- sia voidaan tarkastella kriittisesti ja kehittää entistä sujuvammaksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Hoitohenkilöstö, Kotiuttaminen, Kotihoito, Osastohoito, Kotiutushoitaja		
Muut tiedot		



Author(s) SANTALA, Noora	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 14112011
	Pages 40+1	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title THE DISCHARGE PROCESS FROM THE NURSING STAFF'S POINT OF VIEW IN THE HEALTCARE HOSPITAL WARD OF KEURUU		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli		
Assigned by Regional Health Center / Health Center Hospital Ward of Keuruu		
Abstract <p>The thesis on the discharge process from the nursing staff's point of view in the health centre hospital ward of Keuruu had a practical working-life-based approach, and the topic was agreed with the hospital ward's head nurse. The purpose was to study the nursing staff's perspectives on the discharge process and specify the job description and necessity of the discharge nurse. The thesis was a qualitative study, and its data was collected by using theme interviews in November 2011. The data consisted of interviews with the discharge nurse, physiotherapist, three nurses and three practical nurses. The interviews were analysed by using qualitative contents analysis.</p> <p>Since December 2007 a discharge nurse has worked in the health centre hospital ward of Keuruu. The discharge nurse's job description includes discharging a patient after the authorisation of a physician. The discharge process already begins when a patient is hospitalized, and successful discharge needs the work input of every one of the nursing staff, not only that of the discharge nurse. Relatives and professional cooperation are also very important parts of discharge.</p> <p>Based on the results, the functionality of the discharge process was good and it was participated by all of the nursing staff irrespective of professional status. Aspects of further development were the flow of information and inadequate knowledge of all the available home care and housing services. The discharge nurse was seen as a very important role in a successful discharge. Based on the results, the discharge process can be critically examined and its smoothness further improved.</p>		
Keywords Nursing staff, Discharging, Home Care, Hospital Ward Care, Discharge Nurse		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 VANHUSPALVELUT OSANA PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOTA.....	7
2.1 Lainsäädännöllistä taustaa	7
2.2 Keski-Suomen Seututerveyskeskus vanhushpalvelujen tarjoajana...	8
2.3 ”Hyvä vanhuus on Keuruun yhteinen asia” – visio laadukkaisiin palveluihin	9
3 IÄKKÄÄN HENKILÖN TOIMINTAKYKY JA ELÄMÄNLAATU	10
3.1 Fyysinen toimintakyky	11
3.2 Psykkinen ja älyllinen toimintakyky	12
3.3 Sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky	12
3.4 Tavoitteena hyvä elämänlaatu	13
4 LAITOSHOITO – TÄRKEÄ VÄLIVAIHE KOTIUTTAMISPROSESSISSA ..	14
4.1 Vanhainkodit	15
4.2 Terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon osastohoito.....	15
4.3 Terveyskeskuksen vuodeosastohoito Keuruun sairaalassa	16
5 KOTIHOITO JA PALVELUT KOTONA ASUMISEN MAHDOLLISTAJANA	16
5.1 Kotipalvelu ja kotisairaanhoido	17
5.2 Tuki- ja asumispalvelut	17
6 KOTIUTTAMISPROSESSI.....	18
6.1 Yleisiä ohjeita kotiuttamisprosessista	18
6.2 Kotiuttamisprosessi Keuruun vuodeosastolla.....	19
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	20
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
8.1 Opinnäytetyön lähtökohtia.....	20
8.2 Aineiston keruu ja analysointi	21
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
9.1 Omaisten ja yhteistyötahojen merkitys kotiutumisen tukemisessa	23
9.2 Kotiutushoitajan toimenkuva.....	25
9.3 Osaston henkilökunnan tietämys kotiin annettavista palveluista ..	26

9.4 Potilaan kotikuntoisuuden arvioiminen	27
9.5 Keuruun vanhuspoliittisen strategian huomioiminen	28
9.6 Kotiutusprosessin onnistumisen arvioiminen	29
9.7 Osaston kotiutusohjeet kotiutumisen tukena	30
9.8 Kehittämissuhteita ja muita ajatuksia kotiuttamisprosessista ..	30
10 POHDINTA.....	32
10.1 Tulosten pohdintaa ja jatkotutkimusehdotuksia.....	32
10.2 Tulosten luotettavuus ja eettisyys	34
10.3 Ammatillinen kasvu	36
LÄHTEET	37
LIITTEET.....	40

1 JOHDANTO

Suomessa väestö ikääntyy nopeammin kuin muualla Euroopassa. Kahdenkymmenen vuoden päästä yli 65-vuotiaita on väestöstämme arviolta noin 25 prosenttia eli joka neljännes. Tämä väestörakenteen muuttuminen tulee lisäämään hoivan ja hoidon tarvetta. (Vanhuuden voimavarat 2002, 37.) Suurin haaste tulee olemaan riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaminen sekä niiden kehittäminen. Näiden palvelujen kehittämisen perustana on Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton vuonna 2008 uudistettu *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus*. Keuruulla perusturvalautakunta laati tähän suositukseen pohjautuen vuoden 2010 aikana *Keuruun vanhuspoliittisen strategian vuoteen 2020*, jonka pohjalta Keuruun tarjoamia sosiaali- ja terveyspalveluja iäkkäille on tarkoitus kehittää.

Sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä iäkkäille henkilöille, tulee huomioon ottaa vanhuuden tuomat muutokset fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä. Pää tavoite palvelujen kehittämisessä tulee olla kotona pärjäämisen turvaaminen ja mahdollisuus itsenäiseen elämään niin kauan kuin mahdollista. Ennaltaehkäisevä toiminta ja riskien arvioiminen edesauttavat tätä tavoitetta. Kuitenkin tulee tilanteita, jolloin kotona pärjääminen ei onnistu, vaan tarvitaan laitoshoidoa, lyhyt- tai pitkäjaksoista, sairaalassa tai vanhainkodissa. Jotta laitoksesta on vielä mahdollista palata omaan kotiin, tulee hoitohenkilöstön käyttää kuntouttavaa työtettä. Tavoitteena on tukea omatoimisuutta ja kannustamaan siihen sekä ylläpitämään jo olemassa olevaa toimintakykyä.

Keuruun terveyskeskuksen vuodeosasto on kokenut 2000-luvulla monia muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet omalla tavallaan potilaiden hoitoon ja kotiuttamiseen. Osaston erilaiset rakennemuutokset, oma kotiutushoitaja ja viimeimpänä Keuruun-Multian kuntayhtymän purkaminen ja liittyminen Keski-Suomen Seututerveyskeskukseen vuoden 2011 alusta ovat keskeisiä muutoksia. Tällä hetkellä Keuruun vuodeosasto on akuutti osasto, jonne tulee jatkohoitoon potilaita monista eri paikoista. Osaston hoidon ja hoivan perustana on kuntouttava työote, jonka tulee näkyä kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.

Potilaan kuntouttaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen kuuluvat keskeisesti koko osaston hoitohenkilökunnan työnkuvaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön näkemyksiä kotiuttamisprosessista sekä selventää kotiutushoitajan toimenkuvaa. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja ajatus sen tekemiseen lähti omasta työelämästäni. Yhteistyökumppaniksi työlle sain Keuruun vuodeosaston ja työn aihetta muovattiin yhdessä osastonhoitajan kanssa. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella osaston kotiuttamisprosessia voidaan kehittää ja vaikuttavuutta parantaa sekä saada tarkempi kuva kotiutushoitajan työstä, sen laajuudesta ja vaativuudesta.

2 VANHUSPALVELUT OSANA PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOTA

Suomessa yli 75-vuotiaita oli vuonna 2010 8,1 % koko väestöstä, kun vastaava luku oli vuonna 2005 7,5 %. Keuruulla yli 75-vuotiaita oli vuonna 2010 12,1 % ja vuonna 2005 10,8 %. Yli 75-vuotiaista säännöllisen kotihoidon piiriin kuului vuonna 2010 11,9 %, Keuruulla luku oli 9,2 %. Vuonna 2009 tehostettua palveluasumista tarvitsi koko maassa 5,1 % ja Keuruulla 1,7 % yli 75-vuotiaista. Vanhainkodeissa tai terveyskeskuksessa pitkäaikaishoidossa oli koko Suomessa 5,4 % ja Keuruulla 4,5 % yli 75-vuotiaista vuonna 2009. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, 2011.)

2.1 Lainsäädännöllistä taustaa

Kansanterveystyötä eli perusterveydenhoitoa määrittä aiemmin kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66) ja se on yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Uudessa terveydenhuoltolaissa (L

30.12.2010/1326) määritellään kansanterveystyön sisältö. Terveysthuoltolaki määrittelee terveydenhuoltoon kuuluvaksi terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Sosiaalihuoltolain (L 17.9.1982/710) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää sosiaalihuoltopalveluja asukkailleen, joilla on kunnassa väestökirjan mukainen kotipaikka. Palveluja on järjestettävä myös kunnassa oleskelevalle, jolla kotipaikkaa ei ole määrätty. Sosiaalipalveluja ovat mm. sosiaalityö, asumispalvelut, kotipalvelu, laitoshuolto, perhehoito. Sosiaalihuoltoasetuksen (A 29.6.1983/607) mukaan sosiaalihuollossa periaatteena on asiakkaan yksilöllisten olosuhteiden ja erityistarpeiden huomioiminen sekä läheisten ihmissuhteiden turvaaminen.

30.12.2010 muutetun kotikuntalain (L 11.3.1994/201) mukaan laitoshoidon, perhehoidon tai asumispalvelujen tarpeessa olevat henkilöt voivat vaihtaa kotikuntaansa aiempaa joustavammin, joten erityisesti vanhusten ja vammaisten valintaoikeus paranee.

2.2 Keski-Suomen Seututerveyskeskus vanhuspalvelujen tarjoajana

Keuruu on kuulunut 1.1.2011 alkaen kahdeksan kunnan muodostamaan Keski-Suomen Seututerveyskeskukseen, joka on hallinnollisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitos. Muita mukana olevia kuntia ovat Joutsa, Konnevesi, Laukaa, Luhanka, Multia, Petäjävesi ja Toivakka. Päätöksentekuelimiä Seututerveyskeskuksessa ovat viisihenkinen johtokunta sekä yhdeksänhenkinen järjestämislautakunta, johon kuuluu yksi jäsen kustakin kunnasta sekä sairaanhoitopiirin edustaja. Seututerveyskeskuksen alueella on yhdeksän terveysasemaa ja viisi terveyskeskussairaala ja väestöpohja on noin 46,000 asukasta. Lääkäripäivystystä on Joutsassa, Laukaassa sekä Keuruulla, jossa on myös ilta- ja viikonloppupäivystys, yöpäivystys on keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Terveyskeskussairaaloista Keuruu, Laukaa ja Petäjävesi ovat keskittyneet lyhytaikaiseen hoitoon sekä kuntoutukseen, kun taas Joutsassa ja Konnevedellä on paljon myös pitkäaikaishoidettavia. Keuruulla perusterveydenhuollon palveluita tuotetaan Keuruun pääterveysasemalla sekä Haapamäen terveysasemalla. Pääterveysasemalla toimivat lääkäreiden ja hoitajien vastaanotot, neuvolat, kuntoutus, vuodeosasto, hammashoitola, aikuisten

mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä perheneuvola. Haapamäellä toimii lääkärin ja hoitajan vastaanotto sekä hammashoitola. (Keski-Suomen Seututerveyskeskus 2011.)

Keuruun kaupungin perusturva tarjoaa mittavat koti- ja vanhuspalvelut. Erilaisia palveluasuntoja ja pienryhmäkoteja Keuruun kaupungilla on yhteensä kymmenen. Muita asumispalveluja iäkkäille tarjoavat Keuruun vanhaintukisäätiö sekä neljä yksityistä palveluasumisyksikköä. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi, joka tarjoaa asiakkailleen apua päivittäisissä toiminnoissa, terveyden edistämässä, lääkehoidossa sekä toimintakyvyn ylläpidossa. Keuruun kotihoito on jaettu alueellisesti neljään tiimiin. Myös yksityistä kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa tuottavia yrityksiä löytyy. Päiväkeskus-toimintaa järjestetään Keuruulla kolmessa eri paikassa. (Keuruun kaupunki 2011.)

2.3 ”Hyvä vanhuus on Keuruun yhteinen asia” – visio laadukkaisiin palveluihin

Vuonna 2001 Suomen Kuntaliitto sekä Sosiaali- ja terveysministeriö tekivät *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen*, jota uudistettiin vuonna 2008 yhdessä Stakesin kanssa. Tämän päivitetyn *Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen* tavoitteena lyhyesti on ikäihmisten hyvinvointi ja terveyden edistäminen sekä palvelujen vaikuttavuuden ja laadun edistäminen. Suositus on tarkoitettu apuvälineeksi kunnille ja yhteistoiminta-alueille heidän laatiessa omaa ikääntymispoliittista strategiaa. Tämä valtakunnallinen laatusuositus on ollut myös perustana Keuruun perusturvalautakunnan tekemälle *Keuruun vanhuspoliittiselle strategialle vuoteen 2020*, jonka kaupunginvaltuusto hyväksyi kokouksessaan 30.5.2011. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3-4; Keuruun vanhuspoliittinen strategia 2011.)

Keuruun vanhuspoliittisen strategian visiot ovat *”Vauvasta vanhuuteen – aktiivista ja turvallista elämää Keuruulla”* sekä *”Hyvä vanhuus on Keuruun yhteinen asia!”*. Nämä visiot on tehty perustanaan yhteisvastuu ja elinkaariajattelu

ja niiden tarkoituksena on tiivistää Keuruun vanhuspoliittinen tulevaisuudenkuva. Visioihin pyritään pääsemään strategioilla, joita ohjaavat käytännön ohjenuorana olevat arvot. Näitä arvoja ovat *tarkoituksellinen toimiva arki, osallisuus ja ikäihmisen ääni, kohtaaminen sekä kaveria ei jätetä*. Visioiden saavuttamiseksi perusturvalautakunta valitsi neljä strategiaa, jotka ovat kotona paras, toimiva palvelurakenne, monitoimijuus sekä toiminnan laatu ja vaikuttavuus. Kotona paras-strategian tavoitteena on omassa kotona selviytyminen niin pitkään kuin mahdollista. Tämän mahdollistamiseen kuuluvat vastuunotto omasta vanhuudesta, ennaltaehkäisevän työn vahvistaminen ja esteetön, turvallinen ympäristö. Palvelurakennetta kehitettäessä ja resursseja mitoitettaessa tulee ottaa huomioon koulutetun henkilöstön saatavuus ja palvelun oikea kohdentuminen. Monitoimijuuden ajatuksena on saada väestön ikääntyminen koko yhteisön asiaksi, lisätä yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin parempaa hyödyntämistä sekä iäkkään lähiverkon tehokkaampaa hyödyntämistä. Jotta nämä toteutuisivat, täytyy Keuruulla ottaa huomioon vanhusten tarpeet, olla riittävästi alan yritystoimintaa ja huomioida muu tuki, kuten läheiset, vapaaehtoiset sekä työtoiminta. Viimeinen visioon johtava strategia on toiminnan laatu ja vaikuttavuus, jonka tulee olla asiakaslähtöistä, oikein kohdennettua, hyvin johdettua sekä taloudellisesti tehokasta. Tähän pääsemiseksi täytyy kuntalaisen ääni ottaa huomioon, rekrytoinnin onnistua, johtamiskäytäntöjen uudistua sekä palvelutoiminnan laatua ja vaikuttavuutta tulee arvioida. Jotta Keuruun vanhuspoliittinen strategia toimisi, perusturvalautakunta arvioi sen toteutumista vuosittain vanhustyön johtoryhmän sekä vanhusneuvoston esityksen perusteella. (Keuruun vanhuspoliittinen strategia 2011.)

3 IÄKKÄÄN HENKILÖN TOIMINTAKYKY JA ELÄMÄNLAATU

Ihmisen elämänlaatuun vaikuttaa toimintakyky, joka on riippuvainen terveydestä. Varsinkin ikääntyneillä terveyden heikentyminen normaalin vanhenemisen tai sairauksien vuoksi vaikuttaa toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen. Toimintakyvyn muutokset tapahtuvat eri tavalla ja eri nopeudella ja saman-

ikäiset vanhukset ovat hyvin erilaisia toimintakyvyiltään. Monilla vanhuksilla on myös pitkäaikaissairauksia ja he tarvitsevat monipuolisia tukitoimia selviytyäkseen arjesta. Toimintakyvyn heikentyessä on olennaista sairauksien varhainen toteaminen ja voimavarojen tunnistaminen, jotta toimintakykyä voidaan tukea. Tukeminen voi olla osittaista apua tai puolesta tekemistä. Toimintakyky voidaan jakaa neljään osa-alueeseen: fyysinen, kognitiivinen ja psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky. Yhdenkin toimintakyvyn osa-alueen heikentyessä toimintakyky kokonaisuutena huononee. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16, 19, 21.) Lisäksi asumisen ja asuinympäristön esteettömyys on olennaista kotona selviytymisen kannalta. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 36 – 37.) Toimintakykyä voidaan pitää vanhenemisen tärkeänä mittarina, koska toimintakyvyn huononeminen merkitsee yleensä vanhenemisen seurauksena tulevia muutoksia. (Vallejo Medina ym. 2006, 57.)

3.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn muodostavat hermoston, tuki- ja liikuntaelimestön sekä hengitys- ja verenkiertoelimestön toiminta. Vanheneminen heikentää fyysistä toimintakykyä, mutta sairaudet huonontavat sitä enemmän. (Vallejo Medina 2006, 58.) Fyysistä toimintakykyä voivat alentaa mm. myös erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, onnettomuuksien tai leikkausten jälkitilat, huono ravitsemus sekä erilaiset aivosairaudet. Fyysisen avun varassa eläminen rajoittaa henkilön omaa elämää. (Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu 2006, 71.) Fyysinen toimintakyky tarkoittaa suoriutumista arjen tehtävistä. Päivittäisiä perustoimintoja ovat syöminen, juominen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit, nukkuminen sekä pienet kotiaskareet ja kodin ulkopuoliset asioinnit, mm. kaupassa käyminen. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 36). Päivittäiset toiminnot toistuvat päivittäin tai useita kertoja päivässä ja ne liittyvät jokapäiväiseen elämään ja hengissä pysymiseen. (Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu 2006, 71.) Päivittäisissä toiminnoissa tarvitaan yleiskestävyyttä, lihaskuntoa ja liikkeiden hallintakykyä. Kyky kävellä, pysyä tasapainossa tai nousta tuolista tai sängystä ylös ovat tärkeitä fyysisen toimintakyvyn kannalta ja vaikuttavat selviytymiseen arkielämän askareista. Fyysisen toimintakyvyn

edistämässä ja ylläpitämässä tärkeimpänä tavoitteena on tukea itsenäistä suoriutumista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22 – 23.)

3.2 Psyykkinen ja älyllinen toimintakyky

Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaa iäkkään selviytyminen arjen eri toiminnissa ja elämän kriisitilanteissa. Selkeimmät ikääntymisen tuomat muutokset psyykkisessä toimintakyvyssä ovat tarkkuuden huonontuminen ja havainnoimiskyvyn heikkeneminen. Älylliset toiminnot taas saattavat jopa parantua iän myötä. (Vallejo Medina 2006, 58.) Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu elämäntoiminta, mielenterveys ja psyykkinen hyvinvointi ja se näkyy omien voimavarojen tunnistamisessa, mielialassa, itsearvostuksessa ja haasteista selviytymisessä. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvä älyllinen eli kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa muistia, oppimista, tiedon käsittelyä, toiminnan ohjausta ja kielellistä toimintaa. Siihen liittyy myös kyky hahmottaa suuntia (edessä, takana) ja aikaa. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 36). Todellisuudentaju, muisti ja tiedon käsitteleminen ja ovat tärkeitä elämäntoimintaan liittyviä tekijöitä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24.)

3.3 Sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky

Ihmissuhteiden ylläpitämiseen tarvitaan sosiaalisia vuorovaikutustaitoja ja siksi sosiaalinen toimintakyky on tärkeä osa kokonaistoimintakykyä. Sosiaalinen verkosto koostuu yksityisestä verkostosta, kuten sukulaisista ja ystävistä tai julkisesta verkostosta kuten kotihoidon työntekijöistä. Fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikentyessä sosiaalinen toimintakyky saattaa kaventua. Esim. muistin huonontuminen vaikuttaa ihmissuhteisiin ja rajoittaa osallistumista harrastuksiin tai erilaisiin tilaisuuksiin. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24 – 25.) Korkea ikä ja erilaiset sairaudet voivat aiheuttaa kyvyttömyyttä tai haluttomuutta olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Varsinkin perheettömän

yksinäisyys lisääntyy ja laitoshoidon hakeudutaan herkemmin. (Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu 2006, 136). Sosiaalista toimintakykyä voidaan ylläpitää tukemalla asiakkaan omatoimisuutta ja arjen tilanteista selviytymistä ja ohjaamalla häntä erilaisten palvelujen piiriin. Kettunen ym. 2002, 43 – 44.)

Hengellinen toimintakyky koostuu uskosta ja luottamuksesta toisiin ihmisiin ja Jumalaan. Se antaa elämälle tarkoituksen ja sisällön, elämäntahtoa ja toivoa. Omat arvot ja aatteet sekä elämänkatsomus antavat elämälle merkityksellisyttä ja mielekkyyttä. Uskonnollisuudesta jotkut saavat mielenrauhaa ja tasa-painoa elämäänsä. Hengellinen toimintakyky tulee huomioida osana kokonaisvaltaista toimintakykyä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 25 – 26.)

3.4 Tavoitteena hyvä elämänlaatu

Elämänlaatu ei koostu ainoastaan fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista, vaan siihen kuuluvat tärkeänä osana myös ihmisen elinympäristö, sosiaaliset suhteet, aineellinen hyvinvointi sekä tyytyväisyys elettyyn sekä tähänhetkiin elämään. Hyvän fyysisen elämänlaadun ylläpitäjiä ovat kivuttomuus, tarmokkuus, hyvä liikuntakyky, asunnon esteettömyys ja riittävä apu. Hyvään psyykkiseen elämänlaatuun tarvitaan sopeutumista omaan ikääntymiseen, mielen voimavaroja, tunteiden hallintaa, tietoja, taitoja sekä osaamista ja ymmärtämistä, joita iäkkäillä ihmisillä on runsaasti. Myös elämän tarkoituksellisuuden kokeminen ja kielteisten tunteiden vähäisyys vaikuttavat psyykkiseen elämänlaatuun. Hyvän sosiaalisen elämänlaadun ylläpitämiseen kuuluvat sosiaaliset verkostot sekä osallistuminen ja mielekkäät aktiviteetit. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 37–38.) Räsäsen (2011, 3–4) tutkimuksen mukaan ikääntyneet kokivat elämänlaatunsa kohtuulliseksi iästä, sukupuolesta tai asuinmuodosta riippumatta. Elämänlaatuun vaikuttivat muun muassa tyytyväisyys hoidon laatuun, hoitajiin sekä asumisratkaisuun, iän tuomat fyysiset muutokset, sosiaaliset verkostot, aktiviteettimahdollisuudet ja riittävä avunsaanti.

4 LAITOSHOITO – TÄRKEÄ VÄLIVAIHE KOTIUTTAMISPROSESSISSA

Laitoshoidolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten sekä vanhainkotien laitospalveluja. Laitoshoito voi olla lyhytaikaista, pitkäaikaista tai osavuorokautista. Pitkäaikaista laitoshoidoa voidaan järjestää myös veljes-, sairas-, hoiva- ja hoitokodeissa. Jaksottaisella lyhytaikaisella laitoshoidolla eli vuorohoidolla tai intervallihoidolla pyritään tukemaan ikääntyneen kotona pärjäämistä ja omaisten jaksamista. Vuorohoidot voivat olla säännöllisiä, esimerkiksi 1/3 eli ikääntynyt asuu aina yhden viikon kuukaudesta vanhainkodissa ja kolme viikkoa kotona. (Anttila ym. 2010, 13, 26.) Kun ikääntynyt tulee laitoshoidoon, lyhytaikaiseenkin, täytyy hänen fyysinen ja psyykkinen toimintakykynsä selvittää ja niitä on tärkeä seurata. Dementoituminen on yksi suuri syy pitkäaikaiseen laitoshoidoon joutumiseen. (Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005, 62). Laitoshoidolla, kuten muillakin vanhuspalveluilla, on tavoitteena hyvän elämänlaadun turvaaminen. Jotta tämä toteutuisi laitoshoidossa, tulee hoito suunnitella siten, että ikääntyneen oikeudet toteutuisivat ja hän pääsisi itse vaikuttamaan hoitoonsa. Laitoshoidossa samalla osastolla saattaa olla sekä lyhyt- että pitkäaikaishoidossa olevia, vaikeasti dementoituneita sekä erilaisista fyysisistä sairauksista kärsiviä. Nämä täytyy ottaa huomioon suunnitellessa laitoshoidoa. Osana hyvää hoitoa kuuluu henkilökunnan määrän ja laadun huomioonottaminen sekä hoitoympäristö. (Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2004, 115.)

Monet ikääntyvät toivovat, että jos he joutuvat laitoshoidoon, heitä hoidettaisiin kodinomaisissa yksiköissä ja he saisivat mielellään yhden hengen huoneen. Varsinkin vuodepotilaat tykkäävät kuitenkin olla isommassa huoneessa, jossa pystyy seuraamaan muiden ikääntyneiden puuhastelua. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa on tärkeää, että ikääntyneellä on omia vaatteita ja henkilökohtaisia tavaroita käytössään. Ne lisäävät kodinomaaisuutta ja turvaavat yksilöllisyyttä. Heillä tulee myös olla mahdollisuus osallistua arkipäivän askareisiin, jotka tukevat heidän päivittäisistä toiminnoista selviytymistään. (Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2004, 117.)

4.1 Vanhainkodit

Vanhainkoti on yleensä ympärivuorokautista, pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoava yksikkö, jonka tarkoituksena on tarjota hoitoa, huolenpitoa ja kuntoutusta ikääntyneille. Tavoitteena on myös turvallisen ja kodinomaisen asuinympäristön järjestäminen, virikkeellisyys ja omatoimisuuden sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Asukkaat vanhainkodeissa ovat tänä päivänä huonokuntoisia ja tarvitsevat paljon säännöllistä apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista, mutta asukkaina on myös mielenterveysongelmista sekä muistisairauksista kärsiviä. Vanhainkodissa voidaan järjestää pitkäaikaisen hoidon lisäksi myös lyhytaikaista hoitoa päivä- tai yöhoitona, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus tutustua vanhainkodin hoitoon ja toimintaan. Vanhainkodissa ei ole kuitenkaan vaativan terveydenhuollon laitteistoa eikä erityislääkkeitä, joten asukkaan sairastuessa hänen siirretään tilanteesta riippuen terveyskeskuksen vuodeosastolle tai erikoissairaanhoidon. (Anttila ym. 2010, 25 – 26.)

4.2 Terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon osastohoito

Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat akuuttia, kuntouttavaa hoitoa sekä pitkäaikaishoidossa olevia. Erityisryhmille voi olla omat osastonsa tai heitä hoidetaan samalla osastolla. Potilaat tulevat vuodeosastolle kotoaan sovitusti, jatkohoitoon toisista sairaaloista, terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolta tai toisista hoitolaitoksista. Vuodeosastot tarjoavat yleislääkäritasosta hoitoa ja niissä on vaatimaan terveydenhuoltoon tarvittavia hoitolaitteita, oma lääkevarasto, valmius suonensisäiseen lääkehoitoon ja nesteytykseen sekä mahdollisuus suorittaa pieniä toimenpiteitä. Erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidetaan pääasiassa akuuttia ja lyhytkestoista hoitoa tarvitsevia potilaita. Osastot ovat yleensä erikoistuneet johonkin tiettyyn lääketieteen alaan, kuten neurologiaan, ortopediaan tai gastroenterologiaan. Potilaa tulevat erikoissairaanhoidon vuodeosastolle kotoaan sovitusti, poliklinikalta,

toisesta sairaalasta tai päivystyksenä tehdyn operaation jälkeen. Hoitoajat ovat yleensä lyhyitä. (Anttila ym. 2010, 26 – 27.)

4.3 Terveyskeskuksen vuodeosastohoito Keuruun sairaalassa

Keuruun terveystieteiden vuodeosasto on akuutin ja kuntouttavan hoidon vuodeosasto. Osastolla on 35 potilaspaiikkaa, johon kuuluu myös 10 varusmiespaikkaa. Noin puolet potilaista tulee osastohoitoon Keuruun ja Multian omien poliklinikoiden kautta ja loppuosa lähinnä erikoissairaanhoidosta jatko- hoitoon. Osastolla hoidetaan hyvin laaja-alaisesti erilaisista fyysisistä ja psyykkisistä sairauksista kärsiviä. Osaston tavoitteena on paikkakuntalaisten tarvitseman akuutin hoidon tarpeeseen vastaaminen siinä vaiheessa, kun erikoissairaanhoidon ei tarvita. Osastohoito tähtää selviytymiseen kotona tai muussa hoitopaikassa. Tarvittaessa järjestetään hoidonsuunnittelu-, kuntoutus- tai kotiutuspalavereita yhdessä potilaan, hänen omaistensa sekä moniammatillisen työryhmän kanssa. Osaston henkilökuntaan kuuluu tällä hetkellä osastonlääkäri, osastonhoitaja, kotiutushoitaja, 14 sairaanhoitajaa, fysioterapeutti, 15 ½ perus-/lähihoitajaa, osastonsihtööri sekä 5 ½ laitoshuoltajaa. (Ahonen 2011.)

5 KOTIHOITO JA PALVELUT KOTONA ASUMISEN MAHDOLLISTAJANA

Asiakkaan kokema avuntarve on kotihoitopalvelujen antamisen lähtökohtana. Asiakas ei aina itse osaa pyytää apua tai ei ymmärrä avun tarvettaan. Siksi on tärkeää, että avuntarvetta kartoitetaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja koti- hoidon työntekijöiden kanssa. Asiakkaan tarpeet myös asetetaan tärkeysjär- jestykseen, sillä kenties kaikkiin tarpeisiin ei pystytä vastaamaan. Asiakasta voidaan ohjata myös yksityisten tai järjestöjen tarjoamien palvelujen piiriin.

Myös omaisten tai läheisten mahdollisuutta auttaa kartoitetaan. (Kettunen ym. 2002, 196 – 198.)

5.1 Kotipalvelu ja kotisairaanhoido

Kotipalvelu on kotihoidon tärkeä osa-alue. Se perustuu sosiaalihoitolakiin. Yleensä kotipalvelua saavat ikääntyneet, joiden toimintakyky on alentunut ja he tarvitsevat apua henkilökohtaisissa ja päivittäisissä toiminnoissa, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa, ruokailuissa ja kotona liikkumisessa, voidakseen asua kotona. Aloitteen palvelun tarpeesta voi tehdä asiakas itse, hänen omaisensa tai terveydenhuollon henkilöstö. Palvelun tarve kartoitetaan asiakaskohtaisesti ennen kotipalvelun aloittamista asiakkaan luokse tehtävällä kartoituskäynnillä, jolloin laaditaan palvelusuunnitelma. Suunnitelmaa tulee tarkistaa säännöllisesti tai tarpeen muuttuessa, jolloin palveluja voidaan lisätä tai vähentää. Kotipalvelun henkilöstöön kuuluu kotiavustajia, kodinhoitajia ja perus- sekä lähihoitajia. Kuntouttava työote on kotipalvelun hoidon perusta, jolla tuetaan itsenäistä suoriutumista. (Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2004, 100 – 103.) Kotisairaanhoidon tehtäviin kuuluvat erilaiset terveyden- ja sairaanhoidolliset palvelut, kuten lääkehoito, erilaiset mittaukset ja seurannat, sekä kotisairaanhoidossa toteutettavat hoitotoimenpiteet, kuten haavanhoidot. Kotisairaanhoidajat ovat koulutukseltaan sairaan- tai terveydenhoitajia. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007, 61.)

5.2 Tuki- ja asumispalvelut

Kotihoidon tukipalveluja on tarjolla monia erilaisia. Annettavia tukipalveluja voivat olla ateriapalvelu, kylvetyspalvelu, siivouspalvelu, vaatehuolto, turvapalvelut, kuljetuspalvelut ja saattoapu, päiväpalvelutoiminta, osavuorokautinen hoito, yöpartio, vanhainkodin lyhytaikaishoito sekä kotisairaaloiminta. Ateriapalvelu, kylvetys-, siivous ja turvapalvelut ovat päivittäisiä toimintoja tukevia palveluja

ja muut palvelut lähinnä osallistumista ja kuntoutumista edistäviä toimintoja. (Anttila ym. 2010, 11 – 12; Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2004, 101; Kettunen ym. 2002, 188.)

Asumispalveluille tarkoitetaan ikääntyneiden kotiin tehtäviä asunnonmuutostöitä ja -parannuksia, palveluasumista sekä erilaisia ryhmäkoteja. Yleisimpiä ikääntyneiden koteihin tehtäviä muutostöitä ovat erilaisten tukien ja kahvojen asennukset, kynnysten poistaminen, ovien levennykset sekä wc- ja pesutilojen muutostyöt. Palveluasumisella tarkoitetaan asumista erityisissä palveluasunnoissa tai -taloissa, jotka ovat tarkoitettu ulkopuolista apua tarvitseville. Kunnallisissa palvelutaloissa palveluista vastaavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunta tai palvelutalon oma henkilökunta. (Anttila ym. 2010, 12). Palveluasumista tarjoavat myös yksityiset yritykset ja yhteisöt, jotka tuottavat sosiaali- ja terveyspalveluja. Palveluasuminen on alun perin ollut kotona asumisen ja laitoshoidon välinen vaihtoehtoinen asumismuoto. (Vanheneminen ja terveys 2007, 61.) Palvelutaloissa ei välttämättä ole ympärivuorokautista hoitoa, vaan tarvittaessa esimerkiksi yöpartio tekee yökäynnit. Ryhmäkodit ovat pieniä asumisyksiköitä, joissa asuu paljon päivittäistä apua tarvitsevia. Ryhmäkodeissa on yleensä yhteiset sosiaaliset tilat ja hoidosta vastaa oma henkilökunta. (Anttila ym. 2010, 12.)

6 KOTIUTTAMISPROSESSI

6.1 Yleisiä ohjeita kotiuttamisprosessista

Kotiuttamista voidaan ajatella prosessina, johon kuuluvat kotiutumisen suunnittelu, tavoitteiden ja keinojen määrittäminen sekä niiden toteutus ja arviointi. Kotiutuvalla omassa kodissa selviytyminen ja pärjääminen ovat tärkeitä asioita, joihin täytyy huomioida asiakkaan akuutti tai krooninen sairaus. Onnistunut kotiuttaminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita ja viiveetöntä tiedonkulkua eri

tahojen kesken sekä palvelujen yhteensovittamista. Tärkeä osa kotiutumisen valmistelua on sairaalassaolon jälkeisen avun tarpeen arviointi. Kotiutumista varten voidaan jo sairaalassaoloaikana tehdä kotiutussuunnitelma. Kotiuttamisen toteutuksesta vastaa sairaalassa omahoitaja, kotiutus- tai yhdyshoitaja. Jos kotiutuvalle alkaa sairaalajakson päätyttyä toistuvia tai säännöllisiä kotihoitoon palveluja, tulee hänelle tehdä näistä hoito-, palvelu- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi hoidon, palvelujen ja kuntoutuksen tarpeet sekä tavoitteet ja keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitelman tekoon osallistuu kotiutuva, hänen omaisensa tarvittaessa sekä työntekijät. Kotiuttamiseen saattaa liittyä myös erilaisia ongelmia. Valmistelemattomat kotiutukset, hoidon jatkuvuuden puutteet, tiedon kulun katkokset, vastuun siirtämisen ongelmat ja yhteistyön puute eri tahojen kesken sekä yhteisten hoitotavoitteiden puuttuminen vaikeuttavat potilaan kotiutumista ja kotona pärjäämistä. (Hammar 2005, 21 – 27, 57.)

6.2 Kotiuttamisprosessi Keuruun vuodeosastolla

Keuruun vuodeosastolla toimii oma kotiutushoitaja, joka hoitaa potilaiden kotiutusasiat moniammatillisessa yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa sekä vuodeosaston että kotihoitoon henkilökunnan kanssa. Potilaan kotiutus alkaa kotiutussuunnitelmalla jo hoidon alkuvaiheessa. Kotona selviytyminen pyritään varmistamaan apuvälineiden tarpeen arvioinnilla ja hankinnalla sekä kartoittamalla kodin esteettömyys ja turvallisuus yhdessä fysioterapian kanssa. Potilaalta tulee aina varmistaa hänen oma näkökantansa kotona selviytymiseen ja kotiutumisen ajankohtaan. Myös lähiomaisten mielipiteet ovat erittäin tärkeitä kotiuttamista suunnitellessa. Tarvittaessa järjestetään moniammatillinen hoitonsuunnittelu / kotiutuspalaveri, jossa sovitaan jatkohoidosta, kotiavuista ja kotiutusajankohdasta yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Palaveri tulee järjestää, jos potilaalla alkaa uutena palveluna kotihoito. Palaverissa sovitut asiat tulee kirjata täsmällisesti potilastietoihin. Kotiutuspäivänä, kun lääkäri on antanut potilaalle luvan kotiutua, osaston kotiutushoitaja ottaa yhteyttä potilaan luvalla hänen lähiomaiseensa tai muuhun yhteyshenkilöön sekä tarvittaessa kotihoitoon, jos potilas on ennestään jo heidän asiakkaana. Jos poti-

las asuu vanhainkodissa tai muussa vastaavassa asumisyksikössä, kotiutus-
hoitaja ottaa sinne yhteyttä ja sopii kotiutuksen käytännön asioista. Kotiutus-
hoitaja tilaa potilaalle tarvittaessa kyydin sekä huolehtii, että potilas saa mu-
kaansa kaikki tarvittavat paperit, kuten epikriisin, reseptit ja jatkohoito-ohjeet.
(Ahonen 2011).

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotiuttamisprosessia hoitohenkilös-
tön kokemana sekä selventää kotiutushoitajan toimenkuvaa ja toiminnan vai-
kuttavuutta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kotiuttamisprosessia
voidaan kehittää vuodeosaston hoitohenkilökunnan näkemysten kautta ja joka
auttaa selventämään kotiutushoitajan työn kokonaisuutta. Kotiuttaminen on
aihealue, jota on vähän tutkittu, etenkin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Asi-
akkaiden kokemuksista löytyy tutkimuksia. Koska kotiuttamisprosessi on Keu-
ruun vuodeosastolla muuttunut parin viime vuoden aikana huomattavastikin,
oli sen tutkiminen ja juuri hoitohenkilöstön kokemusten selvittäminen ajan-
kohtaista.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

8.1 Opinnäytetyön lähtökohtia

Keuruun terveyskeskuksen vuodeosasto on 2000-luvulla kokenut monia muu-
toksia hoidon ja kotiutuksen kannalta. Kaksi osastoa yhdistettiin yhdeksi v.
2007, jolloin potilaspaikat vähenivät, ja uusi osasto jaettiin akuuttiosastoksi ja

pitkäaikaisosastoksi. Vuodeosastolla aloitti kotiutushoitaja 1.12.2007 ja kotihoitoon tulivat kotiutushoitajat 1.1.2010. Näiden kotiutushoitajien tulo helpotti ja muutti kotiuttamista sujuvammaksi sekä potilaiden että vuodeosaston ja kotihoidon henkilökunnan kannalta. 1.1.2011 Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä lakkautettiin ja Keuruu liittyi Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Seututerveyskeskukseen. Samalla pitkäaikaisosasto siirtyi Keuruun kaupungin omistukseen.

Olen työskennellyt Keuruun vuodeosastolla 11.5.2009 lähtien sairaanhoitajan sijaisena ja sitä ennen tehnyt osastolla kesätöitä ja yksittäisiä vuoroja lähihoitajana. Olen päässyt näkemään läheltä kotiutushoitajan työtä sekä myös olemaan itse kotiutushoitajana. Eteeni tulleet haasteet ovat olleet lähtökohtana opinnäytetyön idealee. Keuruun vuodeosasto suostui mielellään yhteistyökumppaniksi tähän opinnäytetyöhön.

8.2 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on realistinen elämä ja koettu todellisuus sekä niiden kuvaaminen ihmisten omien kuvauksien kautta. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, koska tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on enemmänkin tosiasioiden löytäminen tai niiden paljastaminen kuin tosiasioiden todentaminen. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa ihmisen suosiminen tiedon keruun välineenä, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valitseminen sekä erilaisten haastattelujen käyttö aineiston hankinnassa. (Hirsjärvi ym. 2001, 151 – 155; Vilkkä 2005, 97 – 99).

Opinnäytetyön näkökulmaksi olen valinnut kehittämisen, jonka tarkoituksena on lisätä ammatillista tietoa ja löytää uusia sovellutuksia. Opinnäytetyön aineiston kerääminen toteutettiin marraskuussa 2011 tekemällä teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu vuodeosaston hoitohenkilökunnalle, kotiutushoitajalle sekä fysioterapeutille. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että aihealue tiedetään, mutta kysymykset eivät välttämättä ole niin tarkkoja ja jär-

jestelmällisiä kuin lomakehaastattelussa. Kysymysten tulee olla sellaisia, että vastaaja voi antaa oman kuvauksensa tutkittavasta aiheesta. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina, koska näin ollen haastateltava saattaa olla vapautuneempi sekä luontevampi kuin ryhmähaastattelussa. Myös yksilön mielipide tulee paremmin esille yksilöhaastattelussa. Muuttujia tutkimuksessa ovat työkokemus, koulutustaso sekä ammattiasema. Kvalitatiivisen tutkimuksen on tärkeää olla *emansipatorinen* eli sen tarkoituksena on lisätä haastateltavien ymmärrystä tutkitusta asiasta sekä vaikuttaa myönteisesti tutkittua asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin. Haastateltavat eivät saa olla vain tutkimusvälineitä, vaan heidän tulee saada haastattelusta myös jotain itselleen. (Hirsjärvi ym. 2001, 195 – 198; Koivula ym. 1999, 19 – 20, 43 – 44; Vilka 2005, 101 – 103.)

Haastattelu tapahtui vuodeosaston tiloissa, joko osastonhoitajan huoneessa tai saneluhuoneessa. Nämä haastattelutilat olivat rauhallisia ja haastattelut sujuivat kolmea lukuun ottamatta häiriöittä. Häiriötilanteet ja haastattelun keskeytykset aiheuttivat kahdessa tapauksessa oveen koputtanut henkilö ja kerran haastateltavan soiva työpuhelin. Haastattelut jatkuivat kuitenkin häiriötekoista huolimatta onnistuneesti eivätkä haastattelujen tulokset kärsineet. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastateltaviksi valittiin osaston kotiutushoitaja, fysioterapeutti sekä muusta hoitohenkilökunnasta kolme sairaanhoitajaa ja kolme perus- tai lähihoitajaa. Näiden kuuden henkilön valinta suoritettiin satunnaisotannalla. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin suullisesti lupa haastatteluun sekä kerrottiin sen nauhoittamisesta. Kaikille haastateltaville painotettiin, ettei heidän nimiään eikä ammattiasemaansa tulla mainitsemaan missään työn vaiheessa, koska kysymyksessä oli kohtalaisen pieni ja tiivis työyhteisö. Haastatteluihin oli varattu reilusti aikaa, haastattelun keskimääräinen kesto oli noin 20 minuuttia. Haastattelussa käytetyt haastattelukysymykset (liite 1.) ohjasivat haastattelun kulkua ja saatujen vastausten perusteella haastateltaville esitettiin lisäkysymyksiä haastattelun aikana. Haastateltavat saivat tutustua etukäteen kysymyksiin. Aineisto litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin sanasta sanaan, jolloin saadun aineiston analysointi on helpompaa kuin päätelmien tekeminen nauhalta. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa tuli yhteensä 27 sivua rivivälillä 1 ja kirjasinkoolla 12. Litteroitua tekstiä haastatteluista liitettiin tuloksiin suorina

lainauksina. Näistä lainauksista ei kuitenkaan käy ilmi sanojan henkilöllisyys johtuen juuri työyhteisön tiiviydestä.

Aineisto analysointiin sisällönanalyysillä, jonka avulla aineistosta voidaan löytää merkityskokonaisuuksia ja merkityssuhteita. (Vilkkä 2005, 139–140.) Ensin saatu aineisto täytyi järjestää teemoittain ja etsiä aineistosta teemakysymyksiä koskevia vastauksia. Tämän jälkeen alkoi varsinainen analyysi. Aineisto luettiin tarkkaan läpi monta kertaa ja siitä tehtiin oma tulkinta. Analyysin avulla aineisto tiivistetään ja jäsennetään mahdollisimman tarkkaan ja informatiiviseen muotoon. Tämän jälkeen opinnäytetyön aineisto on teemoiteltu eli saatuja vastauksia on käsitelty ja analysoitu teemoittain ja näistä vastauksista on nostettu esiin hyvin kyseistä temaa kuvaavia lainauksia. Tämän jälkeen saatuja tuloksia on pohdittu ja mietitty kehittämiskäsitteitä. (Ikkunoita tutkimusmetodeihin II 2001, 141—150.)

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

9.1 Omaisten ja yhteistyötahojen merkitys kotiutumisen tukemisessa

Potilaan omaiset koetaan erittäin suurena apuna ja tukiverkkona kotiutusprosessin aikana. Heiltä saa paljon tärkeää ja realistista tietoa potilaan aikaisemmasta toimintakyvystä sekä myös avun tarpeesta. Omaisten tukiverkon tärkeydestä kertoi jokainen haastateltava.

”... potilaan omaiset on kuitenkin se iso tukiverkko siellä takana.”

”Mun mielestä se on tosi oleellinen merkitys, omaisilla, koska se potilas tarttee varmaan aika paljon tukea siinä vaiheessa kun on kunto huonontunu jonkun syyn takia, minkä takia on ollu täällä sairaalassa... niin tarvii kyllä omaisten tukea...”

”... ne (omaiset) kuitenkin osaa vähän ohjata sitä, että mitkä ne kotiolot on, ja totuudenmukasesstikin kertoo, että pärjääkö siellä kotona vai ei, koska aina

asiakas itse ehkä kuvittelee itsestään vähän liikoja, että pärjää siellä kotona, vaikka ei ehkä todellisuudessa pärjääkään.”

Osa omaisista on hyvinkin aktiivisesti ja tiiviisti mukana potilaan hoidossa ja kotiutusprosessissa. Jotkut toivat esille kuitenkin sen, että joillakin potilailla omaiset eivät ole missään muodossa itse antamassa tukeaan, mutta ovat kyl- lä vaatimassa erilaisia palveluja. Jos jotkut omaiset ottavat jopa yli-innokkaasti osaa kotiutusprosessiin, niin toiset omaiset ovat yhden sairaalareissun perus- teella laittamassa potilasta laitoshoitoon. Tämä saattaa tuottaa erimielisyyttä osaston hoitohenkilökunnan, potilaan ja hänen omaistensa välille.

”...vähemmän kun puolet tulee omaisista aktiivisesti mukaan siihen kotiutus- vaiheeseen, ne jotka on käyny muutenkin kattomassa omaistansa useemmin osastolla, niin ne on siinäkin vaiheessa sitten hyvin aktiivisia.”

”Et on myös toinen ääripää sitte, että yritetään sitte väkisin laittaa ehkä laiton- hoitoon, vaikka nyt ei sitte ois ihan indikaatioo sille.”

”... he (omaiset) ilmoittavat, että he eivät ota vanhusta enää kotiin, et ei pärjää siellä, et se näkemysero siinä sitte tuottaa erimielisyyttä siinä kotiutustilan- teessa ja pahimmillaan sitte jos ei niistä asioista päästä yksimielisyyteen ni näitä lehtikirjotteluja sitte...”

Kotihoidolla ja muilla yhteistyötahoilla on myös suuri merkitys potilaan kotiu- tumisen ja kotona pärjäämisen kannalta. Omaisilta saama tuki ei aina riitä, jolloin eri yhteistyötahoilta saatavan tuen merkitys korostuu. Kommunikaation tärkeys molemmin puolin on myös muistettava.

”Totta kai ne muut yhteistyötahot on tärkeitä, varsinkin että pystytään tukeen sitä kotona asumista, niinku kotihoito ja kaikki muut.”

”... ja jos ei aina omaiset jaksa niin paljoo tukea, niin sitten nämä koulutetut yhteistyötahot siihen apuun.”

”... annetaan omaisille ja yhteistyötahoille sitä tietoo tästä potilaan voinnista ja pärjäämisestä ja selviytymisestä ja lääkityksestä...”

Omaiset ja muut yhteistyötahot koettiin erittäin tärkeänä tukiverkkona kotiu- tusprosessin onnistumisen kannalta.

9.2 Kotiutushoitajan toimenkuva

Kaikkien haastateltujen mielestä kotiutushoitajan tulo osastolle on selkeyttänyt kotiutusprosessia, kun on yksi ihminen, joka hoitaa kotiutusasiat ja tietää käytännöt sekä toimii yhteyshenkilönä omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa.

”Onhan se selkeyttänyt, et siinä on yks ihminen, joka hoitaa ne asiat ja perinpohjin niitä tarkkailee ja ottaa yhteyttä näihin omaisiin ja hoitohenkilökuntaan.”

”Musta se on tuonu ainakin järjestelmällisyyttä siihe, ne on yhden ihmisen takana, hänellä on tietty oma tapansa tehdä sitä, ja kun hän tekee sitä paljon, ni siinä tulee rutiinia ja siihen asiantuntemusta syntyy sitä kautta.”

Kotiutushoitajan koettiin tuoneen myös turvallisuutta kotiuttamiseen. Ennen kiertävä sairaanhoitaja kotiutti omat potilaansa, nyt kotiutusasioiden hoito on keskittynyt yhdelle ihmiselle ja helpottanut sairaanhoitajien arkea sekä vapauttanut aikaa potilastyölle, koska kotiuttaminen vaatii aikaa ja asiaan paneutumista.

”... johdonmukaisuutta siihe on tullu ja varmaan turvallisuutta, potilasturvallisuutta ja sit tietysti lääketurvallisuuttakin, et siinä tarkistetaan vielä kotiutustilanteessa nää kaikki lääkeasiat sun muut.”

”Aikasemmin jokainen sairaanhoitaja teki (kotiutukset) siinä oman työn ohessa, ni onhan se luonnollisesti tuonu siihen asiantuntemusta lisää...”

”... vaatii aikaa tää kotiuttaminen ja siihen paneutuminen, että ei se käy ihan tosta noin vaan, et siinä täytyy olla tietoo...”

Kotiutushoitaja koettiin erittäin tärkeänä osana kotiutusprosessia ja potilaan hoidon jatkuvuutta, koska hän toimii linkkinä osaston ja potilaan jatkohoidosta vastaavien välillä, etenkin nyt, kun potilasvaihtuvuus osastolla on aiempaa suurempi.

”... kun on paljon kotiutuksia, ni tää kotiutushoitajahan on aivan ehdoton.”

”Kyl se on ollu mun mielestä hyvä asia, etenkin kun näitä (kotiutuksia) on paljon...”

”Vaikee kuvitella jos ei olis (kotiutushoitajaa), kun on tottunu siihen että on, mitenkä ollaan aikasemmin tultu toimeen, kun ei ollu tämmöstä...”

Kotiutushoitaja on erittäin tärkeä yhteyshenkilö, jonka panos kotiutusprosessissa on turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta lisäävä.

9.3 Osaston henkilökunnan tietämys kotiin annettavista palveluista

Haastateltavat kokivat omat tietonsa eri kotihoidon ja asumispalveluista kohtalaisiksi. Osa koki tietävänsä riittävästi, osa toivoi saavansa lisää tietoa tutustumiskäynnin tai päivitetyn infokansion myötä

"No sais olla vähän päivitetymmät kansiot, et niissä on tällä hetkellä vanhoja tietoja..."

"... mulla ei oo tarpeeks tietoo, et se on varmaan omasta aktiivisuudestakin kiinni..."

"Tuntus ainakin itestä paljon helpommalle suunnitella sitä kotiutumista, kun tietäs vähän paremmin, niinku et tietäs konkreettisesti sen paikan, mihin potilas on menossa."

"... en osais ees opiskelijaa ohjata siinä asiassa."

Lähes kaikki kuitenkin kertoivat pystyvänsä antamaan omaisille tietoa eri palveluista heidän sitä kysyessään, tai ohjaamaan sellaisen henkilön luo, jolla on riittävästi tietoa. Omaisille annettavaa materiaalia eri palveluista osastolta ei haastateltavien mielestä löydy tarpeeksi.

"No mä pystyn jotain kertoon joo, mut sitte justinsa monta kertaa annan sen kotihoidon puhelinnumeron, sanon että soittaa sinne ja kysyy..."

"Ei oo mitään materiaalia kyllä hirveesti mitä vois antaa, että siinä sais kyllä panostaa..."

"... kyl niitä (materiaalia) varmaan jossain vaiheessa on ollukkin, varsinkin niistä yksityisistä tuottajista, mut sitte neki vaihtuu."

Koska hoitohenkilöstö on päivittäin tekemisissä potilaiden kanssa, joilla on erilaisia apuja kotonaan tai he asuvat jossain asumispalveluyksikössä, tulisi osaston henkilökunnalla olla ainakin perustietämys hallussa näistä eri palveluista.

9.4 Potilaan kotikuntoisuuden arvioiminen

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että potilaan kotikuntoisuuden arvioiminen kuuluu koko hoitohenkilökunnalle, kaikille jotka potilasta hoitavat, niin hoitajille kuin fysioterapeutille ja lääkärille. Fysioterapeutti tekee toimintakykykartoituksen ja hoitajat seuraavat sekä kirjaavat potilaan päivittäisistä toiminnoista, kuten liikkumisesta, syömisestä, pukemisesta ja hygieniasta. Näiden tietojen perusteella lääkäri katsoo, onko potilas kotikuntoinen ja päättää kotiuttamisesta.

”... kyllä se meille kaikille kuuluu...”

”Kaikki oikeestaan yhdessä eri ammattiryhmät, hoitajat ja sitte fysioterapeutti, mutta yhteistyössä oikeestaan, että onko kotikuntoinen vai ei.”

”No kyllähän meidän pitää, niinku, hoitajina pitää sitä tarkkailla koko ajan, että eihän se pieni yks lääkärin käynti siinä, jos se käy seisomassa sen 5 minuuttia siinä potilaan vierellä, ni eihän se varmaan sille sano paljo mitään.”

”... musta sen pitäis näkyä siinä päivittäisessä kirjauksessa, koko ajan, jo siitä kun se ihminen tulee osastolle, ni siitä sen kotiuttamisen pitäis jo alkaa...”

”Aina on parantamisen varaa tässä kirjaamisjutussa...”

Osastolla ei ole mitään tiettyä mittaria, millä potilaan toimintakykyä ja kotikuntoisuutta arvioidaan. Sen hetkistä toimintakykyä verrataan aiempaan, ennen sairaalantuloa olleeseen toimintakykyyn ja osastolle tulon syyn perusteella mietitään minkä tasoiseksi potilaan toimintakyky on mahdollista saada ja mitä vaatii vielä kotona pärjääminen. Toimintakykyä arvioidaan juuri päivittäisten perustoimintojen, kuinka pystyy tekemään wc-käynnit, onnistuuko syöminen ja lääkkeidenotto, kuinka paljon pystyy liikkumaan ja tarvitseeko apuvälineitä siinä.

”... just tää et miten pärjää vessareissut ja tämmöset, että kyllähän se hoitohenkilöstön kaikkien tehtävä on.”

”No varmaan kaikkikin sitä arvioo tekee, hoitajat, fysioterapeutti, lääkäri, et kaikki yhdessä arvioi sitä kotikuntoisuutta.”

”... sitä liikkeelle lähtöön ja kävelytystä ja kuntoutusta ja kaikkee, siihen pyritään, että ei jää sinne sängyn pohjalle makaileen, että ku kunto sallii, niin aletaan sieltä nousemaan ja sitä omatoimisuutta tukemaan...”

”...mutta monestikin näähän käy niin, että ku heillä on lupa sairastaa, he on sairaita, ni että täällä vaan sitte ollaan, että otetaan semmonen vielä enempi sairaan rooli, että kotona on saatettu käydä vessassa, mutta sitte kun tullaan tänne, ni mennään pian sen sairaan roolin taakse, että tahtoo jäädä se tää tämmönen omatoimisuus sitte sinne taka-alalle.”

Kotikuntoisuuden arvioiminen ja toimintakyvyn tukeminen kuuluu jokapäiväiseen hoitotyöhön. Tämän tulisi näkyä sekä käytännön hoitotyössä sekä kirjaamisessa.

9.5 Keuruun vanhuspoliittisen strategian huomioiminen

Kysyttäessä haastateltavilta Keuruun vanhuspoliittisen strategian vuoteen 2020 huomioon ottamisesta kotiuttamisessa, kukaan ei tuntunut ennestään tietävän, mitä tämä strategia pitää sisällään ja mihin se tähtää.

”... varmaan ehkä sitte avopuolella enemmän, mä luulen et ei osastolla ehkä niinkään...”

”... sitä en oikeen osaa arvioida, oletan että ovat ottaneet, mutta mulla ei siitä oo kyllä sen selvempää käsitystä.”

”Mitähän se strategia on mahtanu pitää sisällään, ei harmainta hajuukaan, en oo kyllä törmänny koko aiheeseen.”

Kaikki haastatellut olivat kuitenkin sitä mieltä, että strategian sisältöä olisi hyvä käydä läpi, ainakin lyhyesti pääkohdittain, esimerkiksi viikkopalaverissa tai osastokokouksessa, koska myös osastolla tehtävä työ vaikuttaa strategian toteutumiseen.

”Mun mielestä tää ois hyvä käydä ja niinku puhua täälläkin tätä, mutta ei tätä meidän osastolla ees käyty läpikään, en mä ainakaan tätä nähny.”

”Kyllä varmaan ihan hyvä aihe olis, tuota, osastopalaveriihin, ni käydä näitä asioita aina välillä läpi, koska se on meidän arkee, vaikka ei suoranaisesti näitä kotiutusasioita hoitaskaan siinä työvuoron aikana, ni kuiteskin ne vaikuttaa näihin meidän työhön...”

”...et kyl näitä, ku tässäkin tää kotona paras, et vastuunotto omasta vanhudesta ja enaltehkäisevä työ ja tää esteetön, turvallinen ympäristö, ni kyllä nää on sellasia asioita mitä näissä mietitään... ja koulutetun henkilökunnan saatuus ja just tää palvelujen kohdentuminen, ni se on tärkeätä nykypäivänä, ku sitä niukkuuta jaetaan...”

Vaikka vanhuspoliittinen strategia on suhteellisen uusi asia, kuitenkin myös osaston toiminnalla on merkitys strategian toteutumisessa, joten hoitohenkilöstön olisi hyvä tietää ainakin sen pääkohdat.

9.6 Kotiutusprosessin onnistumisen arvioiminen

Kotiutusprosessin arvioimista ei tehdä osaston toimesta järjestelmällisesti, vaan tieto kotiuttamisen onnistumisesta tai erityisesti epäonnistumisesta tulee palautteen muodossa, joko kotihoidolta tai omaisilta. Moni haastateltava sanoi, että paras onnistuneen kotiuttamisen merkki on se, kun potilas ei palaa päivän, parin päästä takaisin osastolle samasta syystä. Yleensä palaute tulee vain huonosti onnistuneesta tai liian aikaisesta kotiutuksesta, harvemmin niistä onnistuneista, joita kuitenkin iso osa kotiutuksista on.

”... että jos se potilas joutuu tuleen sieltä (kotoa) nopeesti takasin vuodeosastolle, niin että onko se kotiutus ollu huono vai onko sitte potilaan kunto romahtanu, ettei oo pärjänny kotona...”

”No sillonhan sitä (palautetta) tulee, kun joku menee mönkään, sillon kun asiat menee hyvin, ni eihän sitä kuulu mitään...”

”... kyllähän se tietysti, se (palaute) kehittää aina, mutta että kyllä sen niinku, voi, ja tuliskin olla sitte ihan välitöntä ja kohdennettua se palaute, et se tulee oikeeseen paikkaan ja että se on ihan niinku asiallista ja kohdistuu asiaan itseensä eikä henkilöön.”

”... oikeestaan se paras arvio tulee siitä, että ihminen ei palaa enää tänne osastolle.”

Suurin osa haastateltavista oli kuitenkin sitä mieltä, että jollain lailla kotiutumisen onnistumista olisi hyvä arvioida, lomakkeella tai kyselyn avulla. Näin ollen osaston kotiuttamiskäytäntöjä osattaisi kehittää oikeaan suuntaan. Kerran vuodessa pidetään moniammatillinen yhteistyöpalaveri kotiuttamiseen liittyen, jossa arvioidaan kotiuttamista.

”No ehkä vois joskus tehdä sellasen satunnaiskyselyn, että laittaa lipuke mukaan, että miten on onnistunu ja missä on parantamisen varaa...”

”... en tiä, kun meillä on kumminkin täällä taas osastolla tämä toisenlainen työ, et ei se oikeen ehkä enää meille sitten kuulu, että siinä on sitte ehkä kotiapu ja ne hoitajat, ni ehkä pystyis arvioimaan sitä paremmin.”

”Ehkä siitä olis hyvä tehdä joskus jonkinäköstä, ihan tilastookin, että miten ne onnistuu ne kotiuttamiset niinku prosentuaalisesti kaikista, se olis ihan hyvää palautetta ehkä, koska joskus kotiutetaan liian nopeesti.”

Kotiuttamisprosessista tulleet palautteet, etenkin negatiiviset, olisi hyvä käsitellä yhdessä ja miettiä miksi tällaista palautetta saatiin ja mitä tästä voidaan oppia ja miten kotiuttamisprosessia kehittää.

9.7 Osaston kotiutusohjeet kotiutumisen tukena

Kysyttäessä osaston kotiuttamista ohjaavista hyvän kotiutuksen ohjeista yhtä lukuun ottamatta kukaan ei tuntunut tietävän ohjeiden olemassa olosta.

”Joo, no kyllähän se vissiin on, tuota, onkohan se jonkun kehityshankkeen myötäkö se tuli, nää hyvä kotiuttamisen ohjeet...”

”... jos mä ihan rehellisesti sanon, ni mä en tienny, et on olemassa tämmöset.”

”Mitkä osaston kotiutusohjeet, onko meillä kotiutusohjeet?”

”... tuosta vois tietysti pitää enemmänkin meteliä, tuosta ohjeesta...”

Kotiutusohjeet tulisivat olla kaikkien tiedossa ja niitä on hyvä käydä läpi ja päivittää aika ajoin.

9.8 Kehittämisehdotuksia ja muita ajatuksia kotiuttamisprosessista

Isoja muutoksia tai kehittämisehdotuksia kotiuttamisprosessiin ei tullut keltään. Tarkempaa kirjaamista potilaan toimintakyvystä toivottiin, kuin myös potilaan kotiuttamisen suunnittelua etukäteen, jotta kotiuttamiset eivät venyisi pitkälle iltapäivään. Myös selkeämpi työnjakoa kotiutushoitajan ja sairaanhoitajan tehtäviin tuli esille haastattelussa.

”... onhan siitä puhetta ollukkin, että kotiutushoitaja toivoo meiltä näitä apuja just tähän arviointiin ja tämmöseen, koska hän ei ite hoitotyötä tee, ni ei hän voi tietää sitä potilaan toimintakykyä, et se näkys siellä kirjattuna...”

”... tietysti tää meidän nykyinen tilanne, kun meidän oma osastonlääkäri on poissa, ni meillä lääkärit on vaihtunu ja nää lääkärinkierrot valitettavasti tapah-

tuu vielä iltapäivän aikaankin, ni sehän tekee kaaoksen sitte kyllä kotiutushoitajalle siihen iltapäivään...”

”Se on hyvä asia et on se kotiutushoitaja, mut sit kuitenkin niinku nyt tuntuu, et se alkaa enemmin jakaantuun se kotiutushoitajan homma niinku, et hoitajat tekee tietyn asian ja kotiutushoitaja tietyn asian, et sit tavallan siinä tulee vähän sellasta ehkä päällekkäisyyttäkin vähän, et ku aikasemmin oli, että kotiutushoitaja hoiti niinku lääkitykset, kyyditykset, kaikki...”

”No aika lailla toimii nykyisellään, että ainoa on vaan se kova kiire, että justiin-sa kotiutukset tahtoo jäädä niin myöhäsiiksi, et sitte taas kotipalvelu ei oo enää vastaanottamassa niitä asiakkaita.”

Haastattelussa saatujen vastausten mukaan kotiuttamista edistäisi ja nopeuttaisi parempi jatkohoitopaikkojen saatavuus. Joustavuutta osastolta toivottiin erilaisten uusien hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden saannissa kotiutuspäivänä. Myös tiedonkulussa oli haastateltavien mukaan parannettavaa.

”Oikeestaan se, mitä nyt tehdään niinku näillä resursseilla, ni tää toimii musta ihan hyvin, että tietenkkin se on ongelma, et ei oo paikkoja, mihin ihmisiä sijoittaa, että se on suurin ongelma, että sitte täytyy käyttää mielikuvitusta ja koittaa toimia näillä, näissä puitteissa niin hyvin kun mahdollista...”

”... no ainakin se on varmaan hyvä että jos on jotain haavahoitoja, että jotaki välineitä voidaan antaa mukaan, että pääsee alkuun semmosissa asioissa. tai joku lääke, mitä ehkä vaikee saada, niin vähän joustetaan...”

”... ehkä se tiedonkulku sais olla pikkusen jouhevampaa ja ylipäättään että mekin (hoitohenkilöstö) tiedettä joskus jostakin jotakin ja mihin menee, kuka tuo ja kuka hakee ja miten millonkin, että siinä sais ehkä vähän olla parannusta.”

Perusasiat kotiuttamisprosessissa toimivat hyvin, potilaat kotiutuvat tarvittavien papereiden ja apujen kera ja yhteydenpito sujuu omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Kotiutushoitajan roolia pidettiin erittäin tärkeänä osana kotiuttamisprosessia ja hänelle halutaan työrauha.

”... mun mielestä aika hyvin toimii, kun meillä on tuo meidän kotiutushoitaja, et sitte kun se on poissa, ni sitte kyllä on niin pallo hukassa.”

”Mä haluaisin, että kotiutushoitajalla olis erinäinen, erillinen, semmonen rauhaisa työpiste, että semmonen paikka jonne vois viedä ja vois rauhassa keskustella ja se asiakas vois istua tuolilla ja se tuntis että nyt häntä kuunnellaan ja hänen omaisen asiaa kuunnellaan ja ja, ja joskus vois olla se potilaskin siinä paikalla kuulemassa, ettei niinku ylipuhuta, niin että kyllä mä rauhallisinta paikkaa tuohon kotiutushoitajan työpisteeks...”

”No musta meillä toimii kotiutus hyvin, siitä täytyy kiittää koko tätä henkilökuntaa, yhteisöä, että kaikki osallistuu siihen ja kaikkien toimet vaikuttaa, just tää kuntouttava hoitotyö, sen painottaminen varmaan sitte, niin edesauttaa sitä, et musta meillä kotiutukset onnistuu kyllä.”

”Kokonaisuutena tää musta toimii hyvin.”

Mitään suuria kehittämissuhteita ei tullut, mikä kertoo perusprosessin toimivuudesta. Pienien muutosehdotusten avulla kotiuttamisprosessia voidaan hioa toimivammaksi ja näin lisätä potilasturvallisuutta sekä hoidon jatkuvuutta.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten pohdintaa ja jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyössäni tarkoituksena oli selvittää kotiuttamisprosessia hoitohenkilöstön kokemana sekä selventää kotiutushoitajan toimenkuvaa ja tarpeellisuutta. Haastateltavat kokivat, että perusprosessi osastolta kotiuttamisessa toimii hyvin ja käytännöt ovat hyvin selvillä. Myös yhteydenpito omaisten ja muiden yhteistyötahojen välillä toimii. Kotiuttamisprosessia voisivat parantaa paremmin ennalta suunniteltu kotiutus sekä tiedonkulku kotiutushoitajan ja muun hoitohenkilöstön välillä. Vaikka osastolla suunnitellaan joidenkin potilaiden kohdalla kotiutusta jo hyvissä ajoin etukäteen johtuen tarvittavista kotiavuuksista, niin kuitenkin lisäsuunnittelu parantaisi kotiutuksen sujuvuutta ja onnistuneisuutta sekä vähentäisi kotiinlähtijöiden ruuhkautumista samalle päivälle samaan kellonaikaan. Erityisesti nyt syksyn aikana kotiuttamiset ovat venyneet ja ruuhkautuneet johtuen osaston oman lääkärin poissaolosta. Tiedonkulkuun myös ennalta hyvin suunniteltu kotiuttaminen toisi parannusta, mutta sitten tulee muistaa myös kommunikaation tärkeys sekä hoitohenkilökunnan kesken että kotiutushoitajan ja hoitohenkilöstön välillä.

Omaisten ja muiden yhteistyötahojen merkitys kotiutumisen onnistumisessa koettiin erittäin tärkeäksi tukiverkoksi. Lähiomaisilla on yleensä parhain tieto

potilaan kotona pärjäämisestä ja avun tarpeesta, tosin välillä potilaan ja omaisten näkökulmat eroavat suurestikin. Silloin hoitohenkilöstön täytyy omien havaintojensa perusteella päätellä, mikä on potilaan todellinen toimintakyky kotioloissa. Myös muut yhteistyötahot, niin kunnalliset kuin yksityiset, nähtiin erittäin tärkeiksi kotiutumisen onnistumisen kannalta. Koska koti on iäkkäälle paras paikka asua, lisääpujen saatavuus on erittäin tärkeä osa kotona asumisen tukemisessa, etenkin silloin, kun omaisten tarjoama apu tai heidän omat voimavaransa eivät riitä. Silloin, kun kotona pärjääminen ei enää ole mahdollista edes maksimaalisten apujen turvin, täytyy potilaalle miettiä muuta jatko-hoitopaikkaa. Tässä tulee vastaan paikkojen rajallisuus, jolloin potilaat joutuvat pitkäänkin odottamaan vuodeosastolla tietoa jatkoasumisesta. Liian pitkän laitoshoidon vaarana on potilaiden laitostuminen, jolloin omatoimisuuteen tukeminen, kuntouttava työote ja omaisten yhteydenpito nousevat suureen arvoon. Kotikuntoisuuden arvioiminen kuuluu koko hoitohenkilökunnalle, ei ainoastaan lääkärille tai fysioterapeutille. Kotikuntoisuuden arvioimiseksi ja sen saavuttamiseksi kokonaisvaltaisen toimintakyvyn seuraaminen päivittäisissä toiminnoissa sekä omatoimisuuden tukeminen ovat tärkeitä keinoja. Myös eri toimintojen huolellinen kirjaaminen auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan potilaan sen hetkistä toimintakykyä ja näin edistämään kuntoutusta parhaalla mahdollisella tavalla. Koko henkilökunnan tulisi muistaa kuntouttava työote, ei tehdä potilaan puolesta, vaikka se veisi vähemmän aikaa.

Hoitohenkilöstö toi haastattelussa esille palautteen saamisen kotiuttamisen jälkeen. Yleensä jos palautetta osastolle tulee kotiuttamisesta, se koskee potilaan kotona pärjäämättömyyttä kotiuttamisen jälkeen, hyvin onnistuneista kotiuttamisista ei juuri kirjallista tai suullista palautetta tule. Jotta saatu palaute auttaisi kehittämään kotiuttamisprosessia, täytyy se käsitellä yhdessä koko hoitohenkilöstön kesken, miettiä, missä onnistuttiin ja missä olisi kehittämisen aihetta, näin koko kotiuttamisprosessia saadaan parannettua. Jotta negatiivisia palautteita saataisiin vähenemään, täytyy koko hoitohenkilöstön yhteydenpitoa ja kommunikaatiota omaisten ja muiden yhteistyötahojen välillä parantaa, jotta tiedetään, mitä resursseja potilaan kotona pärjääminen vaatii ja niitä pystytään ajoissa järjestelemään, jotta kotiutuminen olisi mahdollisimman turvallista ja onnistunutta. Haastateltavat toivoivat jonkinlaista tilastotietoa kotiuttamisten onnistumisista.

Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020 oli haastateltaville ennestään tuntematon asia, kuten myös osaston hyvän kotiuttamisen ohjeet. Sekä strategia että ohjeet olisi hyvä käydä läpi esimerkiksi osastokokouksessa, jotta hoitohenkilöstö tietäisi niiden pääkohdat ja pystyisi kehittämään kotiuttamisprosessia niiden avulla toimivammaksi. Peruskaava on kuitenkin vuosien saatossa muovautunut toimivaksi eikä kukaan haastateltavista halunnut tehdä suuria muutoksia.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kotiuttamisprosessin lisäksi selventää kotiutushoitajan toimenkuvaa ja toiminnan vaikuttavuutta. Kotiutushoitaja koettiin osastolla erittäin tarpeellisena ja kotiutusasioita selkeyttäneenä tekijänä, joka tietää kotiuttamiseen liittyvät asiat ja on yhteyshenkilö omaisten ja muiden yhteistyötahojen välillä. Kotiutushoitajan toimen myötä hoitohenkilöstö tunsikin tietonsa eri palveluista heikentyneen, koska eivät enää ole itse aktiivisesti yhteydessä eri jatkohoitopaikkoihin ja palvelunjärjestäjiin. Tutustumiskäynnit eri kohteisiin sekä ajantasaisen infokansion laatiminen lisäsivät hoitohenkilökunnan tietoutta.

Kaiken kaikkiaan kotiutusprosessia pidettiin toimivana ja potilaat kotiutuvat tarvittavien papereiden ja apujen kera. Kotiutushoitajan toimenkuvaa ja työn tuomaa ammattitaitoa arvostettiin ja kotiutushoitajalle toivottiin rauhallisempaa työtilaa. Kotiutushoitaja on myös selkeyttänyt kotiutusprosessia ja lisännyt sairaanhoitajien aikaa potilastyöhön.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi tehdä muutaman vuoden päästä vastaavanlaisen tutkimuksen osastolla, jolloin saatuja tuloksia voitaisiin verrata ja kehitystä tarkastella. Myös potilaiden ja heidän omaisten näkökulmasta vastaavanlainen tutkimus olisi hyvä tehdä, jolloin hoitohenkilöltä ja potilailta saatuja tuloksia voidaan verrata keskenään.

10.2 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä täytyy ottaa huomioon useita eettisiä kohtia. Jokainen tutkija on itse vastuussa tutkimuksensa ja saatujen tulosten eettisyydestä.

Eettisessä tutkimuksen teossa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Kaikkein tärkein eettinen ohje ja tutkimuksen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan tulee saada tutkittavalta suostumus tutkimukseen ja hänen tulee kertoa, mitä tutkimus koskee ja mihin saatuja vastauksia tullaan käyttämään. Tutkijan itse tulee olla rehellinen tuloksissaan, huolellinen ja tarkka ja hänen tulee esittää tulokset sellaisina kuin ne on saatu. (Hirsjärvi ym. 2009, 23—27.)

Laadullista tutkimusta voidaan pitää luotettavana, kun tutkittava kohde tai ilmiö ja saatujen tulosten tulkinta sopivat yhteen eivätkä häiriötekijät ole vaikuttaneet teorian muodostamiseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittaamina voidaan pitää tutkijaa itseään ja hänen rehellisyyttään ja tutkijan tulee arvioida koko työn läpi tekemiensä valintojen luotettavuutta. Tutkijan on pystyttävä perustelemaan tekemänsä valinnat ja ratkaisut. Jokainen kvalitatiivinen tutkimus on ainutlaatuinen kokonaisuus, joten tutkimusta ei voida toista käytännössä. Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee olla puolueeton ja hänen tulee tarkkaan selostaa tutkimuksen toteuttaminen. Nämä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231—233; Vilka 2005, 158—160.)

Lisää luotettavuutta työhön olisi tuonut useampi haastateltava sekä laajalaisemmat haastattelukysymykset. Työn luotettavuus olisi lisääntynyt myös, jos tuloksia useampi henkilö olisi ollut analysoimassa tuloksia. Tässä opinnäytetyössä vain minä olin arvioimassa tuloksia ja tuloksista saadut päätelmät ovat minun tekemiä. Luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, jos olisin haastatellut jokaisen kaksi kertaa eri päivinä ja toisella kerralla hieman toisin muotoilluin teemakysymyksin. Näin ollen jos molemmista haastatteluista saadut vastaukset olisivat olleet yhdenmukaisia, tuloksia voitaisiin pitää hyvin luotettavina. Työn raportointi ja tulosten analysointi ovat kuitenkin tehty hyvien eettisten ohjeiden mukaisesti sekä laadullisen tutkimuksen ohjeita noudattaen, joten opinnäytetyöni tuloksia voidaan pitää luotettavana.

10.3 Ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön teko kokonaisuudessaan on ollut todella pitkä ja kivinen tie, mutta nyt lopputulosta katsellessa huomaa, ettei taistelu ollut turha. Se vaati kuitenkin paljon voimavaroja, etenkin henkisesti. Opinnäytetyön tekoa helpotti huomattavasti työpaikkani joustavuus, jonka ansiosta olen voinut tätä työtä tehdä. Oppimisen kannalta tämä on ollut tärkeä kokemus, olen oppinut itsestäni paljon tutkijana sekä kasvanut ja kehittynyt tulevana hoitotyön ammattilaisena. Työtä tehdessäni esiin ovat nousseet aiempaa selkeämmin myös heikkouteni, joiden tiedostaminen ja kehittäminen ovat tärkeää tulevaisuuden kannalta. Tärkeimmät kehityskohteeni olivat työtä tehdessäni tutkitun tiedon etsiminen ja sen kriittinen tarkastelu ja arviointi. Tämän opinnäytetyön kautta olen löytänyt uusia näkökulmia liittyen kotiuttamisprosessiin ja tarkoituksena on kehittää näitä näkökulmia ja saada parannuksia käytäntöön.

LÄHTEET

A 29.6.1983/607. Sosiaalihuoltoasetus. Viitattu 13.10.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Ahonen, M. 2011. Osastonhoitaja, Seututerveyskeskus, Keuruun sairaala. Haastattelu 4.5.2011.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. 14.uud.p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. 2007. Toim. Heinola, R. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampere: Stakes.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2001. Tutki ja Kirjoita. 6.-7. uud.p. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 15. uud.p. Helsinki: Tammi

Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2001. Toim. Aaltola, J. & Valli, R. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. 2004. Toim. Voutilainen, P., Vaarama, M. , Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri & U. Saarijärvi: Stakes.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. 2005. Toim. Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. Saarijärvi: Stakes.

Keski-Suomen Seututerveyskeskus. 2011. Viitattu 13.10.2011.

[Http://www.seututerveyskeskus.fi](http://www.seututerveyskeskus.fi), Keuruu.

Kettunen T., Ihalainen J. & Heikkinen H. 2002. Monimuotoinen sosiaaliturva. Juva: WS Bookwell Oy.

Keuruun kaupunki. 2011. Viitattu 13.10.2011. [Http://www.keuruu.fi](http://www.keuruu.fi), perusturva, koti- ja vanhuspalvelut. .

Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020. 2011. Keuruun perusturvalautakunta. [Http://www.keuruu.fi](http://www.keuruu.fi), perusturva, koti- ja vanhuspalvelut, Keuruun vanhuspoliittinen strategia.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen J. 1999. Mission:possible. Opas opin- näytetyön tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppi- materiaalit. Nro 1. Tampere.

Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. – Rai-järjestelmä vertailukehittä- misessä. 2006. Toim. Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & No- ro, A. Vaajakoski: Stakes.

L 11.3.1994/201. Kotikuntalaki. Viitattu 13.10.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 13.10.2011. Valtion säädöstieto- pankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Viitattu 13.10.2011. Valtion säädöstieto- pankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki. Viitattu 13.10.2011. Valtion säädös- tietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toiminta- kyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokauti- sessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 22.11.2011. [Http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201110061173](http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201110061173)

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. 2005–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.10.2011. [Http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu](http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu)

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Vanhuuden voimavarat. 2002. Toim: Heikkinen, E. & Marin, M. Helsinki: Tammi.

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

LIITTEET

Liite 1.

TEEMAHAASTATTELU

KOULUTUSTASO:

AMMATTIASEMA:

TYÖKOKEMUS:

Kotiuttamisprosessi hoitohenkilöstön kokemana Keuruun vuodeosastolla

- Mikä merkitys potilaan omaisilla ja muilla yhteistyötahoilla on kotiutumisen tukemisessa?
- Kuinka kotiutushoitajan tulo on vaikuttanut kotiuttamiseen?
- Onko osaston henkilökunnalla riittävästi tietoa erilaisista kunnallisista ja yksityisistä asumis- ja kotihoidon palveluista?
- Miten potilaan kotikuntoisuutta arvioidaan ja kuka arvioinnin suorittaa?
- Kuinka Keuruun kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020 on otettu huomioon kotiuttamisessa?
- Miten kotiutusprosessin onnistumista arvioidaan?
- Miten osaston kotiutusohjeet tukevat hyvää kotiuttamista?
- Mihin kotiuttamisen käytäntöihin haluaisit muutosta?