

# ONNISTUNUT KOTIUTUS TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTON JA KOTIHOIDON VÄLILLÄ

Sairaanhoitajan näkemyksiä kotiutuksen  
toimivuudesta

Teija Koskinen  
Mari Nyrönen

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KOSKINEN, Teija NYRÖNEN, Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.03.2013
	Sivumäärä 32	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( )
Työn nimi ONNISTUNUT KOTIUTUS TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTON JA KOTIHOIDON VÄLILLÄ – sairaanhoitajan näkemyksiä kotiutuksen toimivuudesta		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PERTTUNEN, Jaana SUONPÄÄ- LEHTONEN, Leena		
Toimeksiantaja(t) xxx Terveyskeskuksen vuodeosasto ja kotihoito		
<p>Ikäihmisen hyvään kotiutukseen ei ole yhtä oikeaa kriteeristöä tai ohjetta. On olemassa kuitenkin asioita, joita tulee huomioida tai jotka oleellisesti helpottavat kotiutumista pitkästäkin laitoshoidojaksosta. (Ahonen, Käyhty, Ahvo 2002, 128.)</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli teemahaastattelun avulla selvittää terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä kotiutuksen toimivuudesta. Tavoitteena oli, että saatuja tutkimustuloksia hyödynnetään yhteistyötä kehitettäessä kotihoidon ja vuodeosaston välillä.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla molemmista yksiköistä sairaanhoitajia(n=6). Aineisto ryhmiteltiin teemoittain kysymysten pohjalta. 1) Kotiutusprosessin kuvaus 2) Kotikuntoisuuden kriteerit 3) Kotiutuksen toimivuus sekä kehittämistarpeet 4)Yksiköiden välisen yhteistyön laatu. Tämän jälkeen vastaukset luokiteltiin kolmeen kategoriaan. Alkuperäisilmaisu, pelkistettyilmaisu ja yläluokka.</p> <p>Saatujen tulosten mukaan, kotiutusta pidettiin pääsääntöisesti hyvin toimivana. Kehittämisehdotuksia haastatteluista nousi esille liittyen yhteydenpitoon kotihoidon ja osaston välillä. Kotiutuksen toivottiin olevan enemmän suunnitelmallista ja toimivan yhtenäisin pelisäännöin.</p>		
Avainsanat (asiasanat)  kotiutus, toimintakyky, kotikuntoisuus		
Muut tiedot		



Author(s) KOSKINEN, Teija NYRÖNEN, Mari	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 14.03.2013
	Pages 32	Language Finnish
		Permission for web publication ( )
Title SUCCEFULL DISCHARGE BETWEEN HEALTH CENTER'S LONG-STAY WARD AND HOME CARE – nurses' points of view concerning the functionality of discharge		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) PERTTUNEN, Jaana SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by Health center's bed care unit and home care		
Abstract <p>There is not only one right set of criteria or guidelines with regard to the discharge of an elderly person. There are, however, aspects that should be taken into account or that fundamentally ease the discharge even after a long period of institutional care.</p> <p>The main aim of this thesis was to examine with the help of theme interviews what nurses working on a long-stay ward and home care thought about the functionality of discharge. The main objective was to exploit the results when developing the co-operation between home care and the long-stay ward.</p> <p>The data was collected by interviewing nurses (n=6) from both units. The data was grouped according to the themes raised by the questions: 1) A description of the discharge process, 2) The criteria of managing at home, 3) The functionality and targets for the development of discharge, 4) The quality of co-operation between the units. After that the answers were classified into three headings: original expression, simplified expression and upper-class expression.</p> <p>According to the results the functionality of discharge was, as a rule, deemed to be good. The development targets that came up were related to the communication between home care and the ward. Hopes were expressed that the discharge process would be more systematic and have commonly agreed rules.</p>		
Keywords  discharge, ability to function, criteria of managing at home		
Miscellaneous		

## Sisältö

1 JOHDANTO.....	4
2 IKÄIHMISEN KOTIUTUS.....	6
2.1 Valtakunnalliset laatusuositukset ikäihmisen hoidossa .....	7
2.2 Ikäihmisen toimintakyky.....	8
2.3 Ikäihmisen toimintakyvyn mittarit.....	10
2.4 Eettisyys ikäihmisten kotiutuksessa .....	12
2.5 Hoidon suunnittelu ja sen jatkuvuus kotiutustilanteessa .....	13
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
4.1 Tutkimusaineisto ja menetelmä .....	17
4.2 Aineisto analyysi .....	17
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	18
TAULUKKO 1. Kotiutusprosessin kuvaus.....	19
6 POHDINTA .....	22
6.1 Tutkimustulosten johtopäätökset.....	22
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	23
6.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet.....	24
LÄHTEET.....	25
LIITTEET.....	28
Liite 1. Saatekirje.....	28
Liite 2. Haastattelu kysymykset.....	29
Liite 3. Kotikuntoisuuden kriteerit.....	30
Liite 4 Kotiutuksen toimivuus ja kehittämistarpeet.....	31
Liite 5 Yksiköiden välisen yhteistyön laatu.....	32

## 1 JOHDANTO

Yhteiskuntamme ikärakenne muuttuu, ihmisten elinikä pitenee ja vanhusväestön määrä kasvaa. Tämä asettaa uudenlaisia haasteita vanhustyöhön. Suomen vanhustenhuollon palveluja tulee kehittää ja niihin pitää panostaa lähitulevaisuudessa paljon, koska Suomen väestökanta on selvästi ikääntymään päin. (Jylhä, Vuorisalmi, Luukkaala, Sarvela ja Hervonen 2009, 2285–2290.) Vanhusten arjesta selviämiseen tarvitaan uudenlaisia ja monimuotoisia verkostoja. Apua tarvitsee päivittäin yli 75 – vuotiaista 25 - 35 % sekä jo 85 vuoden ylittäneillä määrä on yli 50 %. (Paasivaara, Nikkilä, Voutilainen 2002, 49.)

Tilastokeskuksen mukaan on arvioitu, että maassamme on 65 – vuotta täyttäneitä 27 % vuonna 2040. Vuonna 2009 luku on ollut 17 % ja vuonna 2060 se tulee olemaan 29 %. Onkin arvioitu, että eläkeikäisten määrä nousee 2060 vuoteen mennessä 1.79 miljoonaan, eli melkein kaksinkertaisuuteen. (Väestöennuste 2009–2060.)

Suuntaus vanhustenhoidossa on se, että mahdollisimman moni vanhus asuu kotona niin pitkään kuin se on vain mahdollista (Ahonen, Käyhty, Ahvo 2002, 128; Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 135–136). On todettu, että kotona asuvan toimintakyky on parempi kuin laitoshoidossa asuvan (Jylhä, Vuorisalmi, Luukkaala, Sarkela ja Hervonen 2009, 2285). Tästä johtuen hyvin valmistellulla kotiutuksella on suuri merkitys kotiutuksen onnistumiseen ja siihen, että vanhus pystyy asumaan kotona turvallisesti kotiavun ja omaisten turvin. (Ahonen ym., 2002, 128; Engeström ym., 2009, 135–136.)

Kotihoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidetaan paljon asiakkaita ja potilaita, joiden ainoat kontaktit ovat hoitohenkilökunnan kanssa toimiminen, joten tämä tuo oman haasteensa myös laitoshoidosta kotiuttamiseen. Yhteistyö kotihoidon ja vuodeosaston välillä nousee ensiarvoisen tärkeäksi. (Engeström ym., 2009, 135–136.)

Terveys- 2015 ohjelmassa on annettu suosituksia vanhusten hoidosta kunnille ja sen mukaan jokaisella on oikeus hyvään hoitoon ikääntyessäänkin. Ikääntyvä väestö tulee huomioida myös suunnitellussa kuntien budjetteja. Suuri

merkitys on ikääntyvän toimintakyvyn ylläpitävällä ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla. Toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla pystytään takaamaan ikäihmisen asuminen kotihoidon turvin kotona mahdollisimman pitkään. (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, 36.)

Vanhenevasta väestöstä on olemassa useita eri nimityksiä kuten vanhus, seniori, eläkeikäinen, ikääntyvä. Tässä työssä käytetään termiä ikäihminen vanhenevasta väestöstä. Kivelän 2012 mukaan vanhus tai vanha ihminen on yhdeksänkymmentä vuotias, iäkkäästä hän puhuu jos ihminen on 75- vuotta täyttänyt ja ikääntyvistä sekä senioreista taas puhutaan jos ihminen on 65 vuotta täyttänyt (Kivelä 2012, 14).

Opinnäytetyön aihe tuli työelämästä, kotihoidon johtajalta ja terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitajalta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on teemahaastattelun avulla selvittää terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä kotiutuksen toimivuudesta. Tavoitteena on, että saatuja tutkimustuloksia hyödynnetään kehitettäessä yhteistyötä kotihoidon ja vuodeosaston välillä. Tutkimustehtävänä tässä työssä on kotiutusprosessin toimivuus yksiköiden kesken. Siirtyminen vuodeosaston potilaasta kotihoidon asiakkaaksi tulee sujua niin, että hoidon jatkuvuus pystytään turvaamaan hyvällä yksiköiden välisellä tiedon siirrolla.

Molemmissa yksiköissä on tarvetta kotiutusprosessin kehittämiseksi. Yhteiset käytännöt työyhteisöjen välillä kotiutuksen suhteen helpottavat ja nopeuttavat hoitohenkilökunnan työtä, sekä takaavat onnistuneen kotiutuksen yksiköiden välillä. Työyhteisöissä on käynyt ilmi, että työ kotiutuksen parissa on haastavaa ja vaatii työntekijöiltä tarkkuutta, huolellisuutta ja aikaa asioiden selvittämiseen. (Kotihoidon & Vuodeosaston kehittämispalaveri 13.12.2011)

## 2 IKÄIHMISEN KOTIUTUS

Ikäihmisen hyvään kotiutukseen ei ole yhtä oikeaa kriteeristöä tai ohjetta. On olemassa kuitenkin asioita, joita tulee huomioida tai jotka oleellisesti helpottavat kotiutumista pitkästäkin laitoshoidoksista. (Ahonen ym. 2002, 128.)

Kotiutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa mukana ovat itse kotiutettava, omaiset ja terveydenhuollon ammatinharjoittajia eri ammattiryhmistä. Moniammatillinen työryhmä, joista jokainen tuo kotiutukseen oman panoksensa, sekä näkemyksensä asioista. Tiimissä työskentely on haasteellista ja jokaisen työntekijän on annettava oma panoksensa ryhmän käyttöön. Pääasiana on hyvinvoiva ikäihminen tai asiakas. Tiimityö vaatii jokaiselta eri ammattiryhmältä ammattimaista otetta ja kunnioitusta toisten työtä kohtaan. (Noppi & Koistinen 2005, 14–15; Ahonen ym. 2002, 128; Larmi, Tokola & Välikkiö, 2005, 93; Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 64. )

Laapotti- Salon ja Routasalon (2004) tutkimuksessa on tutkittu sitä, että onko potilaalla aina riittävä tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan sekä onko kotiutussuunnitelma hänelle selvä. Tuloksena haastattelusta oli, että lähes kaikki tiesivät miksi olivat sairaalassa. Sairaalassa olosta kerrottiin joko sairauden nimellä tai oireilla. Lääkityksistä kysyttäessä, haastateltavat tiesivät mihin vajaan lääkettä ovat käyttäneet, mutta ainoastaan syöpälääkkeiden haittavaikutuksista oli tietoa. Lääkitysmäärät ja kellonajat olivat myös hyvin hallinnassa. Hoidon tavoitteissa ei haastateltavien mukaan ollut yhteisiä tavoitteita. (Laapotti- Salo & Routasalo, 2004. )

Haastateltavien tarkkoja kotiutusaikoja ei ollut suunniteltu, mutta pitkään osastolla olleiden kanssa oli keskustelua käyty hoitajien kanssa, sekä sosiaalihoitajien ja toimintaterapeuttien kanssa. Muutamalla potilaalla oli eri näkemys kotiutuksen ajankohdasta kuin hoitohenkilökunnalla. Epäselvyyttä aiheutti se, miten hoito kotona jatkuisi, lääkkeiden annostukset ja lääkehoidon jatkuvuus tuottivat monelle miettimistä. Osa oli saanut liian vähäistä opastusta lääkkeiden käytöstä. Haastateltavat tiesivät mihin ottaa yhteyttä, mikäli kotona tulisi ongelmia. (Laapotti- Salo & Routasalo, 2004. )

Potilaan kotiutus potilaasta asiakkaaksi alkaa, kun tehdään palvelupyyntö kotioidolle. Pyyntö tulee usein omaisten toimesta tai hoitavan yksikön toimesta,

kuten sairaalan vuodeosastolta. Palvelupyynnön tehdään siinä vaiheessa kun potilas ei lääkinnällisistä syistä tarvitse enää sairaalahoitoa, vaan pärjää kotona kotihoidon, omaisten tai kolmannen sektorin palveluiden turvin. Näin saadaan käynnistettyä kotiutusprosessi. (Larmi ym., 2005,43–54.) Kun ikäihmiselle suunnitellaan uutta asumisympäristöä, on hyvä muistaa, että toimintakyky saattaa alentua asuinpaikan vaihduttua. Edellä mainittu seikka selittyy sillä, että ikäihminen on tottunut toimimaan omassa tutussa ympäristössään. Uudessa asunnossaan hän saattaa passivoitua, eivätkä aiemmin osatut rutiininomaisetkaan asiat enää suju. (Lyyra, Pikkarainen, Tiikkainen 2007, 62.)

## 2.1 Valtakunnalliset laatusuositukset ikäihmisen hoidossa

Terveyttä vuoteen 2015 – ohjelmassa määritellään ikääntyville kansalaisille omat toimintasuunnat.

*Turvataan ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitotaitojaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin.*

*lääkkäille väestöryhmille kehitetään sellaisia asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä, jotka turvaavat toimintakyvyn alentuessa-kin itsenäisen elämän edellytykset. Näihin tavoitteisiin pyritään kunnissa muun muassa kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia, liikennesuunnittelussa sekä lähiöalueiden kehittämisessä ja täydennysrakentamisessa.*

*Yhdessä kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämisohjelma, jossa kehitetään iäkkäiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidossa tarvittavia omaishoitoon, vapaaehtoistoimintaan, yrittäjätoimintaan ja julkisen vallan toimintaan perustuvia hoiva- ja huolenpitopalveluja uutta teknologiaa hyödyntäen. (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, 36.)*

Ohjelmassa on huomioitu Suomen väestön äkillinen ikääntyminen ja ohjeistettu sen huomiointi palvelujen suunnittelussa. Ikäihmisen toimintakykyä voidaan pitää yllä hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella sekä järjestämällä kotiin tarvittavat palvelut. Kun toimintakyky pysyy hyvänä tai sitä ylläpidetään tarvittavalla tavalla, niin se lisää ikäihmisen elämänlaatua huomattavasti. Ihminen pystyy



tarjottavien palvelujen ja apujen turvin selviytymään arjesta kotonakin mahdollisimman pitkään.( Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, 36.)

Kivelän ja Vaapion (2011) mukaan ikäihmisen omaisella on oikeus vaatia hoitoyksiköitä noudattamaan voimassa olevia suosituksia ikäihmisten hoidossa. Ikäihmisten hoidosta on annettu suosituksia ravitsemuksesta, alkoholin käytöstä, liikkumisesta, hygienian hoidosta, lääkehoidosta ja unen laadusta. Näitä tulisi kaikkien eri yksiköiden noudattaa hoitaessaan ikääntyviä ihmisiä. (Kivelä & Vaapio 2011, 29–100.)

Vuonna 2001 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto antoivat ensimmäisen laatusuosituksen ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskien. Vuonna 2008 laatusuositukset päivitettiin ja niissä huomioitiin Suomessa vallitsevat hoitolinjaukset ikäihmisten hoitoon liittyen, koska väestön ikärakenne muuttuu entistä iäkkäämmäksi. Laatusuositusten tarkoitus on auttaa ja tukea kuntia toimimaan laadukkaasti ikäihmisten hoidossa, sekä huomioida yhteistyöalueet ja kumppanit palveluiden tuottamisessa. Tämä kaikki johtuu ikärakenteiden muuttumisesta ja se tulee huomioida kuntien talousarvioissa ja suunnitelmissa. Tavoitteena on hyvinvoiva vanhus palvelujen laatua parantamalla ja lisäämällä. Ennaltaehkäisy, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja kotona asumisen tukeminen, sekä yksilöllisyys korostuvat laatusuosituksessa. Kunnan palveluvalikoima tulee olla monipuolinen ja edellä mainittuja asioita tukeva.(STM 2008:3, 3-4.)

## **2.2 Ikäihmisen toimintakyky**

Täysipainoiseen elämään vaikuttavat ihmisen sosiaalisuus, sairaudet sekä fyysinen ja psyykinen toimintakyky. Vanhenemiseen vaikuttavat myös perimä, elintavat ja elinympäristö.(Laukkanen 1998, 13; Lyyra ym. 2007, 21.) Toimintakyvyn itsearviointi ja käsitys siitä miten ihminen arvioi terveyttään ja toimintakykyään ei kohtaa hoitohenkilökunnan tekemiä arvioita ja päätöksiä. Ihminen saattaa kokea terveyden suoranaisen liittymisen yksinäisyyteen eli

mitä yksinäisempi ihminen on niin sitä sairaammaksi hän voi itsensä tuntea. (Lyyra ym. 2007, 151.)

Toimintakyky jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen toimintakykyyn. Nämä yhdessä muodostavat ihmisen toimintakyvyn, ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19.) Hoidossa tuleekin huomioida miten kaikki osa-alueet vaikuttavat ikäihmisen arjesta selviytymiseen ja kuinka kutakin aluetta voidaan ylläpitää ja tukea (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19–22).

Toimintakyvyn käsitettä ei ole pystytty määrittelemään yhdellä ainoalla tavalla tutkimusten näkökulmasta (Laukkanen 1998, 15 ). On katsottu myös perinnöllisillä tekijöillä ja ympäristöllä olevan vaikutusta ikäihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Ikäihmisen toimintakyky on tasapainossa, mikäli hän selviytyy normaalista arjesta, näin ollen hänen elämänlaatunsa on katsottu olevan hyvä. Kun toimintakyky heikkenee, on ikäihmisen elämänlaatu käsite määriteltävä uudelleen. Haasteita tuo ymmärtää ikäihmisen voimavarat ja niiden tukeminen, koska hän ei itse välttämättä tiedosta vajetta omassa toimintakyvyssään. Milloin ikäihminen tarvitsee apua päivittäisten asioiden hoitamiseen ja milloin hän selviää vielä niistä itse. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19–22; Engeström ym. 2009,89.)

Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi on lakisääteistä toimintaa ja se sisältyy 1.3.2006 päivitettyyn sosiaalihuoltolakiin. Kuntien tulee järjestää ikäihmisille toimintakyvyn arviointi samalla kun muutakin palvelutarpeen arviointia määrittellään. Ne ovat velvollisia järjestämään sekä kiireellistä, että kiireetöntä palvelutarpeen arviointia. Laki ei sinänsä muuta kuntien velvollisuuksia sosiaalihuollon palvelujen järjestämisessä, mutta antaa niille lisäohjeistusta. Ikäihmisen palveluja kartoittaessa tarvitaan moniammatillista työryhmää toteuttamaan kartoitusta. Ryhmän on toimittava yhtenäisesti, jotta saadaan yhteinen selkeä näkemys ikäihmisen toimintakyvystä ja tarpeista. Kun palveluntarvetta kartoitetaan, huomioidaan seuraavaa: ihmisen fyysiset -, kognitiiviset -, emotionaaliset -, riski-, sosiaaliset -, ja taloudelliset tekijät sekä ympäristö sekä omaishoito. (STM 2006.)

Toimintakyvyn arviointi on tärkeässä asemassa suunnitelmaa tehtäessä, koska se vaikuttaa ikäihmisen kotona elämiseen ja elämänlaatuun.

*”Laajasti määritellen toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisestä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää”. (STM 2006.)*

Strandbergin ja Valvanteen (2012) mielestä riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. Joissakin tapauksissa myös hyvin sujunut sairaalajakso voi heikentää toimintakykyä. Kun ikäihmisen toimintakyky heikkenee arjesta selviäminen käy kotona hankalaksi. Toimintakykyä saattaa rajoittaa muistiongelmia tai jokin nopeasti alkava fyysinen sairaus, silloin voidaan käyttää nimitystä riskivanhus, esimerkiksi jokin infektio tai trauma. Tällöin toimintakyky yleensä laskee, joka vaikeuttaa kotona selviämistä. Näin ollen on usein laitoshoidon seuraava vaihe ikäihmisen elämässä josta voi tulla myös pysyvä vaihe ikäihmiselle. (Strandberg & Valvanne 2012, 132.)

Strandbergin ja Valvanteen (2012) mukaan yksi kolmesta yli 70 -vuotiaasta ei selviä sairaalassaolosta ilman toimintakyvyn taantumista. On tärkeää, että liikuntarajoitteet saadaan mahdollisimman pieniksi ja vuoteessaoloaika sekä ylimääräinen avustaminen minimoidaan. Potilaan ravitsemuksesta tulee huolehtia sekä lääkelistaa tulisi arvioida kriittisesti. Tarvitaan siis tunnistusmenetelmiä ja opastusta asioihin. Olennaiseksi kysymykseksi nousee miten potilas on selviytynyt arjesta ennen sairastumistaan. Kuinka hän on suoriutunut muisti tai toimintakyky mittareista. Hoitohenkilökunnan lisäksi myös lääkäreiden pitäisi tehdä arvioita. Riskivanhukset pitää tunnistaa aikaisessa vaiheessa, ja ohjata heitä geriatriseen kuntoutukseen tai lääkärin hoitoon. Kuntouttavalla työotteella ja motivoinnilla on siihen suuri merkitys kuinka nopeasti ikäihminen voi kotiutua vai jääkö hän pysyvästi laitoshoidon. (Strandberg & Valvanne 2012, 132.)

### **2.3 Ikäihmisen toimintakyvyn mittarit**

Toimintakykyä arvioitaessa käytetään erilaisia mittareita. Mittareiden käytössä tulee huomioida niiden eri ulottuvuudet ja kullekin mittarille tyypillinen osa-alue. Toimintakykyä mitattaessa on hyvä huomioida testiympäristö, sekä testattavalle optimaalisin paikka, aika ja tapa. Testaajien tulee olla hyvin koulutet-

tuja asiantuntijoita, virhemarginaalin pienentämiseksi. (Voutilainen 2008 130,142.)

**Rava -mittari** on käytössä vanhusten toimintakyvyn mittauksessa. Mittari on lääkäreiden Eero Vaissin ja Tapio Rajalan kehittänyt malli avuntarpeen ja toiminnan mittariksi. Se käsittää kaksitoista eri osiota, joiden arviointi tapahtuu asteikolla, vastaus vaihtoehtoja on kolmesta kahdeksaan. Tämän mittarin avulla määritellään Rava indeksi. Indeksien arvo on 1,2 – 4,2 välillä. Mitä korkeampi arvo on sitä enemmän vanhus tarvitsee apua. Rava- mittaria käytetään sekä laitoshoidon potilailla että kotihoidon asiakkailla. Sillä mitataan päivittäisen toiminnan ja välinetoiminnan käyttöä. Mittaria käytettäessä avun tarve näkyy selvemmin kuin arvioidaan liikuntaa, ruokailua ja oman hygienian hoitamista tai pukeutumista. (Haatainen 2008, 15–16, Voutilainen 2008,132.)

Arvioinnin myötä voidaan miettiä asiakkaan palvelun ja avun tarvetta kokonaisvaltaisesti. Mittari tuo tietoa siitä missä asiakas tarvitsee apua eniten ja mitä hän pystyy tekemään itse. Parhaita tuloksia mittarin käytöstä saavutetaan, mikäli hoitaja tuntee ihmisen hyvin, jolle Rava- testi tehdään ja tuntee myös testin käyttöominaisuudet. (Haatainen 2008, 15–16.)

**Cerad** mittarilla mitataan kognitiivista toimintakykyä. Cerad tehtäväsarjalla voidaan havaita varhaisessa vaiheessa alkava Alzheimerintauti ja siihen liittyvät kognitiiviset muutokset. Ceradissa huomioidaan kognition keskeiset osat alueet joiden on todettu heikkenevän muistisairauksien varhaisessa vaiheessa. Ensisijaisesti tehtäväsarjaa käyttävät psykologit ja se on pääasiassa käytössä perusterveydenhuollossa, mutta Ceradia voivat käyttää kaikki joilla siihen on asianmukainen koulutus. (Gernet 2012, Voutilainen 2008, 134.)

Cerad tehtäväsarja sisältää yhdeksän kognitiivista tehtävää. Sarjassa käsitellään muistitehtäviä, kielellisiä osioita ja piirrostehtäviä. Cerad tutkimusta pidetään tutkijoiden mukaan luotettavana, juuri toistojen takia. (Voutilainen 2008, 134.)

**MMSE** (MiniMental state examination) on muistihäiriöiden arvioinnissa yleisesti Suomessa käytetty mittari. Mittaria käytetään yleensä ensivaiheen arvioinnissa, kun havaitaan muistin heikkenemistä. MMSE ei kuitenkaan ole riittävän hienosäätöinen ja tarkka ainoaksi testiksi, mutta se antaa kuitenkin luotet-

tavan arvion testattavan kognitiivisesta heikkenemisestä. Testin kokonaispistemäärä on 30. Mikäli testattava saa alle 24 pistettä pidetään tulosta poikkeavana. (Voutilainen 2008, 133.)

Testin suorittajan tulee huomioida tutkittava kokonaisvaltaisesti sekä testajan tulee tuntea tutkittava hyvin. Saatu pistemäärä voi olla optimaalirajoissa, vaikkakin testattavalla on selkeästi jokin kognitiivinen häiriö. MMSE sisältyy myös CERAD -tehtäväsarjaan. (Gernet 2012, Voutilainen 2008, 141.)

Fyysistä toimintakykyä mitattaessa Rava-mittarin lisäksi voidaan käyttää myös ADL ja IADL arviointimenetelmiä. Fyysinen toimintakyvyn arviointi pitää sisällään suoriutumisen päivittäisistä askareista ja tarpeista, siinä käytetään **ADL** (Activities of Daily Living) mittaria. Näihin luetaan ruokailu, pukeutuminen, nukkuminen hygieniasta huolehtiminen ja liikkuminen. **IADL** (Instrumental activities of daily living) huomioi asioita joita ovat selviytyminen kotiaskareista, kyky hoitaa juoksevat asiat sekä kotona, että sen ulkopuolella. **ICF** - luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä mittari laajan toimintakyvyn hahmottamiseksi ja se sisältää kaksi eri osa-aluetta. Ensimmäinen osa käsittää toimintakyvyn ja toimintarajoitteisiin liittyvät asiat. Toiseen osaan kuuluvat ympäristötekijät mukaan lukien ihminen kokonaisvaltaisesti, pois lukien lääketieteelliset syyt. (STM 2006).

## 2.4 Eettisyys ikäihmisten kotiutuksessa

Hoidossa tulee huomioida ihmisarvon kunnioittaminen, jokaisella on oikeus hyvään ja arvokkaaseen vanhuuteen ja hoitoon, sekä kunnioittavaan ja hyvään kohteluun asuinpaikasta, palveluista ja hoidosta riippumatta. Eettisinä periaatteina pidetään Itsemääräämisoikeutta, jonka peruskulmakivenä voidaan pitää sitä, että vanhus saa tehdä itse päätöksiä ja saa päätöksinsä oikeanlaista tietoa ja tukea. Oikeudenmukaisuutta, että jokainen saa tarvitsemansa hoidon, ilman syrjintää tai erilaisuuden hyväksymistä. Osallisuutta, että ikäihminenkin on kuuluva johonkin ryhmään ja on yhteisössä täysivaltaisena jäsenenä. Yksilöllisyyttä, että nähtäisiin jokaisen oma persoona ja että jokai-

nen kokisi olevansa arvokas juuri sellaisena kuin on ja kokisi elämänsä arvokkaaksi. Turvallisuutta, että jokaisella on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen turvallisuuden tunne jokapäiväisessä elämässä. Turvallisuuden periaatteita voidaan toteuttaa esimerkiksi järjestämällä turvallisia hoitoympäristöjä vanhuksille, joissa pystytään ehkäisemään tapaturmia, pahoinpitelyjä tai tulipaloriskiä. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisikin huomioida eettiset periaatteet työskentelyssään, miten valta ja vastuu vaikuttavat ikäihmisen elämään. (STM 2008:3, 12–13.)

Eettiset kysymykset ovat olennainen osa hoitajan työtä. Päivittäin joutuu tilanteeseen jossa hoitotoimenpiteitä täytyy pohtia ja punnita eettiseltä kannalta. Sairaanhoidajaliitto on koonnut eettiset ohjeet hoitohenkilökunnan työtä ohjaamaan. Ohjeisiin on kirjattu muun muassa hoitajien tehtävät, vastuut ja velvollisuudet. Tehtävänä on muun muassa väestön terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen, hoitaja auttaa kaikkia ihmisiä sukupuoleen, rotuun, ikään tai vakaumukseen katsomatta erilaisissa elämäntilanteissa. Hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa on aina huomioitava lain määräämät oikeudet sekä potilas ja hoitaja huomioiden. Työtä on tehtävä tasa-arvoa kunnioittaen ja oikeudenmukaisesti. Jokaista potilasta on hoidettava kunkin tarpeen mukaan. (Sairaanhoidajaliitto 2012.)

Potilas joka vaatii enemmän kuin toinen, ei ole sen huonompi tai vaikeampi, kuin se joka ei juuri ota yhteyttä (Boyd, Melia, Thompspon 1994, 19). Tekevästään työstä on vastattava itse. Ammattitaitoa tulisi kehittää ja ylläpitää esimerkiksi lukemalla ja kouluttautumalla. Hoitaja hoitaa arvokkaasti tehtäväänsä ja vastaa oman alansa asiantuntemuksesta. (Sairaanhoidajaliitto 2012. )

## **2.5 Hoidon suunnittelu ja sen jatkuvuus kotiutustilanteessa**

Hoidon suunnittelun oleellisena osana kotiutustilanteessa on potilaan tai asiakkaan sitoutuminen hoitoon (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 147). Hyvällä suunnittelulla kotiutuksessa, pystytään järjestämään ikäihmiselle toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta turvalliset ja laadukkaat olosuhteet kotiin (Ikonen & Julkunen 2007, 14). Hyvä suunnitelma on työväline ja perusta hoi-

dolle jota toteutetaan käytännössä (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 147). Kotiutusjärjestelyssä on tärkeää huomioida potilaan oma tahto ja halu lähteä kotiin. Kotiutumisen tulee perustua lääketieteelliseen arvioon, sekä hyvään kartoitukseen sen hetkisestä elämäntilanteesta ja toimintakyvystä (Ahonen ym. 2002, 128).

Kun kotiudutaan laitoshoidosta kotiin, kotiutustilanteet ovat yksilöllisiä (Ahonen ym. 2002, 128- 130). Hyvällä kotiuttamisella ja kotihoidon palveluilla varmistetaan katkeamaton hoitoketju potilaan siirtyessä sairaalasta kotiin (Ikonen & Julkunen 2007, 16).

Yhtä ainoaa mallia kotiutuksesta ei ole olemassa, vaan on hyvän kotiutuksen suunnittelussa käytettyjä periaatteita. Kotiutusjärjestelyt tulee aloittaa ajoissa, huomioiden potilaan laitosjakson pituus. Kotiutusvaiheessa otetaan yhteyttä mahdollisiin aiempiin hoitohenkilöihin, omaisiin ja yhteistyötahoihin. Kotiuttava hoitaja tai moniammatillinen työryhmä kokoontuu hoitoneuvotteluun, jossa laaditaan hoito ja palvelusuunnitelma kotiutujalle kotiutujan kanssa yhdessä. Suunnitelman tarkoituksena on löytää kotiutujan tarpeita vastaavat palvelut. Kotiutujan kanssa on hyvä tehdä kotikäynti ennen kotiin palaamista. Kotiutuksessa tulee huomioida päivittäinen toimintakyky, apuvälineiden tarve ja jatkokuntoutus sekä mahdolliset kontrollikäynnit ja tarkastukset. Tarvittaessa potilaalle voidaan suunnitella vuorohoitojaksoja tietyin väliajoin. (Ahonen ym. 2002, 128- 130; Larmi ym. 2005, 60.)

Haasteen kotiutukselle tuo kotiutujan kunto, avuntarpeen määrä sekä ihmisen oma tuntemus kotona pärjäämisestä. Toistuvat ja pitkät laitoshoidot ovat voineet heikentää oleellisesti ikääntyvän toimintakykyä ja selviytymistä kotona samoin avuin kuin aikaisemmin. Nämä tulee huomioida hyvin kotiutusta suunniteltaessa ja apua tarjota sen mukaisesti. Huomioon tulee ottaa myös omaisten huoli kotiutujan selviytymisestä ja ympäristötekijöistä, kuten kaatumisriski (Ahonen ym. 2002, 129).

Kotiutuvan ikäihmisen kodin tarvittavat muutostyöt tulee huolehtia riittävän ajoissa. Tarvittavat apuvälineet, jotka auttavat arjesta selviämisestä on hankittu ja ne ovat asianmukaiset. Apuvälineiden käyttöä on myös syytä harjoitella ennen kotiutusta, sillä niiden käyttäminen voi olla aluksi hyvinkin hankalaa ja haasteellista. (Ahonen ym. 2002, 129- 131.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on teemahaastattelun avulla selvittää vuodeosaston ja kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä kotiutuksen toimivuudesta. Tavoitteena on, että saatavia tutkimustuloksia hyödynnetään kehitettäessä yhteistyötä kotihoidon ja vuodeosaston välillä. Tutkimustehtävänä tässä työssä on kotiutusprosessin toimivuus yksiköiden kesken.



## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Laadullista aineistoa kerätessä teemahaastattelu on käytetyin aineiston keruu menetelmä Suomessa (Eskola & Vastamäki 2007, 25). Aineistoa kerätessä teemahaastattelulla ei välttämättä toteudu kaikki laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet, mutta tutkimus luetaan kuitenkin laadulliseksi tutkimukseksi. Rajaaminen on tärkeässä asemassa aloitettaessa tekemään tutkimusta, aluksi nuoren tutkijan ajatukset rönsyilevät, mutta asia kyllä rajautuu työn edetessä. Oleellisinta on selvittää itselleen mikä on tutkimuksen tehtävä ja tarkoitus, mitä minä tutkijana etsin ja analysoin saatavista vastauksista. Tällä tiedolla saadaan nostettua ydin asia esille haastatteluvastauksista. (Kiviniemi 2007, 70–71.)

Teemahaastattelu on asioiden ja tietojen keräämistä kyselemällä tai haastatteleamalla suoraan kohteelta. Sitä pidetään keskusteluna, jossa edetään tutkijan ehdoilla ja hänen laatimallaan kaavalla, antamatta kuitenkaan valmiita tai viijailevia vastauksia. Haastateltavalla on mahdollisuus kertoa oma mielipiteensä omin sanoin ilman haastattelijan omien mielipiteiden vaikutusta asiaan. Haastattelijan tulee olla ilmeetön ja kantaaottamaton, että haastattelusta saataisiin kaikki mahdollinen hyöty irti, mutta haastattelijan tulee viedä tilannetta sen vaatimalla tavalla eteenpäin. (Eskola & Vastamäki 2007 25–43.)

Laadullista tutkimusta pidetään usein tietynlaisena prosessina, jossa ei välttämättä ole tiedossa aivan tarkkaan seuraavaa vaihetta työn edetessä, eikä sitä ole selkeästi jaoteltu etukäteen. Tutkimustoiminta tulisi ottaa oppimiskokemuksena ja inhimillisenä prosessina. (Eskola & Vastamäki 2007 25–43.)

Tutkimuksessa pyritään menemään lähelle tutkivaa kohdetta inhimillisillä aineistonkeruumenetelmillä, kuten haastattelut. Edellä mainitun asian kautta saadaan avattua tutkittava asia ja sen analyysimenetelmä pikkuhiljaa työn edetessä. Laadullinen lähestymistapa asioihin edellyttää omaa tietoisuutta ja kehittymistä asioihin sekä niiden tutkimiseen. (Kiviniemi 2007, 76–78.) Laadullista tutkimusta tehtäessä ja sitä lähestyttäessä ovat erilaiset metodit sallittuja, kuinka vaan päästään tutkittavaan asiaan lähelle ja sisälle mahdollisimman hyvin. Joskus voidaan käyttää aineistonkeruun lisämenetelmänä jokapäiväistä

vuorovaikutusta ja siinä esille tulleita asioita, varsinkin jos niillä mielipiteillä on suuri merkitys tutkimukselle. (Kiviniemi 2007, 76–78.)

#### **4.1 Tutkimusaineisto ja menetelmä**

Tutkimus toteutettiin haastattelemalla (n=6) erään kaupungin kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitajia kotiutuksen toimivuudesta. Tieto hankittiin teemahaastattelulla. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja toteutettiin aikavälillä kesäkuu 2012- lokakuu 2012. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin. Yhden haastattelun keskimääräinen aika oli noin. 20–40 min. Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisista sairaanhoitajista kummassakin yksikössä. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Kotihoidon sairaanhoitajat ilmoittivat osallistumishalukkuutensa suoraan haastattelijalle, ilman erillistä hakuilmoitusta, saatekirjeen sairaanhoitajat olivat aiemmin nähneet. Haastattelut suoritettiin kotihoidon toimiston kokoustilassa, jossa häiriötekijöitä ei ilmennyt. Vuodeosaston ilmoitustaululla oli saatekirje ja halukkaat saivat ottaa puhelimitse tai sähköpostitse yhteyttä haastattelijoihin. Haastattelut suoritettiin toisen haastattelijan kotona. Ympäristö oli rauhallinen, eikä häiritseviä tekijöitä ollut. Teemahaastattelu valittiin, koska otanta on pieni, niin se oli luontevin tapa viedä tutkimusta eteenpäin.

Teemahaastattelut sopivat hyvin opinnäytetyön tutkimuksen tiedonkeruuseen. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä pienimuotoisesti, kuten opinnäytetyö, on muistettava tutkijan mahdollinen käytettävissä oleva aika tutkittavaan asiaan. (Kiviniemi 2007, 76–78.)

#### **4.2 Aineisto analyysi**

Molemmat haastattelijat tekivät haastattelut itsenäisesti. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki vastaukset. Haastattelut litteroitiin, eli haastattelut avattiin kirjoittamalla ne puhtaaksi sanasta sanaan. Kumpikin haastattelija kirjoitti puhtaaksi itse tekemänsä haastattelut. Litteroinnin jälkeen luettiin molempien puhtaaksikirjoitetut tekstit useaan kertaan. Seuraavaksi alleviivattiin toistuvat sa-

mat alkuperäisilmaisut kysymyskohtaisesti. Kirjoitettua tekstiä tuli kahdeksan A4 arkkia, rivivälillä 1,5, fontti Arial 12. Esille nousseet asiat käsiteltiin käsitekartan avulla kysymys kerrallaan pelkistäen ne.

Aineisto ryhmiteltiin teemoittain kysymysten pohjalta. 1) **Kotiutusprosessin kuvaus** 2) **Kotikuntoisuuden kriteerit** 3) **Kotiutuksen toimivuus sekä kehittämistarpeet** 4) **Yksiköiden välisen yhteistyön laatu**. Kun teemat olivat valmiit, kerättiin kunkin vastauksen alta useita kertoja toistuvat asiat. Jonka jälkeen jaettiin vastaukset kolmeen luokkaan. Joita olivat alkuperäisilmaisu, pelkistettyilmaisu ja yläluokka. (Taulukko 1; Liite 3, Liite 4, Liite 5.)

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

**Kotiutusprosessin kuvaus** käsittelee sitä, kuinka potilaan kotiutuminen asiakkaaksi etenee ja mitä tulee huomioida kotiutusta suunniteltaessa. Ensimmäisessä kysymyksessä vastausten pohjalta nousi potilaan omien tarpeiden huomiointi kokonaisvaltaisesti kotiutumisvaiheessa. Kotiutusprosessin tulee alkaa jo potilaan tullessa osastolle, jotta potilaasta tulisi kotihoidon asiakas osastojakson jälkeen. Moniammatillista työryhmää on hyvä käyttää potilaan kotiutumisessa, koska näin saadaan ajantasainen arvio hoidon tarpeesta sekä turvataan asianmukainen jatkohoito. Hyvä suunnittelu ja ennakointi kotiutuksessa auttavat ikäihmisen kotona selviytymistä normaalista arjesta.

Huomioonotettavia asioita kotiutusprosessin onnistumisen kannalta oli useita. Tärkeänä pidettiin vastauksissa yhteistyötä ja tiedottamista terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välillä. Kotiutusprosessin onnistumisen kannalta ei voitu kuitenkaan nostaa esille ainoastaan yhtä tai kahta osa-aluetta, koska kaikki niistä ovat yhtä tärkeitä linkkejä kotiutusta suunniteltaessa ja nivoutuivat toisiinsa.

Kotiutusprosessin kuvaus taulukkoon jaettuina kategorioina lähti liikkeille haastatteluiden alkuperäisilmaisuista. Ne ovat suoraan haastatteluista lainattuja. Alkuperäisilmaisu pelkistettiin, jotta siitä saatiin kotiutusprosessin kuvaukseen liittyvät yläluokat. Vastauksista saatiin esille useita yläluokkia. Vasta-

uksissa huomioitiin kokonaisvaltaisesti kotiutuva ihminen. Kaikissa vastauksissa tuli ilmi samat huomioitavat asiat. Taulukossa 1 esitetään kotiutusprosessiin liittyvät asiat.

## TAULUKKO 1. Kotiutusprosessin kuvaus

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
"Kotiutusprosessi.. liittyen tietenkin potilaasta ja hänen tarpeistaan"	Potilaan/ asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi	<b>Osaston ja kotihoidon säännöistä sopiminen kotiutusprosessissa.</b>
"Tällähetkellä hyvin lyhyt ja vaatimaton"		
"Soitto että kotiutuu"	Yhteydenpito yksiköiden välillä	<b>Yhteistyö ja tiedottaminen yksiköiden välillä.</b>
"soitetaan kotihoitoon"		
"Ajattelen sen alkavan niin, että kun potilas tulee osastolle"	Kotiutusprosessin alkaaminen	<b>Asiakkaan/ potilaan tarpeiden huomioiminen</b>
"Onko potentiaalista mahdollisuutta selvittää siellä kotona"	Hoidontarpeen arviointi	
"ja sitten omaisten informointi"	Yhteydenpito omaisiin	
"ja sitten reseptit, ne tavalliset ja Anja-pussijakelu reseptit"	Ajan tasalla oleva lääkehoito	<b>Potilaan / asiakkaan kokonaisvaltainen hoito- ja huolenpito</b>
"luodaan kotiutusta lääkärin ja omaisten kanssa"	Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken	<b>Arjesta selviytyminen</b>
"sitten huolehditaan ne jatkotutkimukset"	Hoidon ajan tasalla pitäminen	<b>Hoidon jatkuvuuden turvaaminen</b>

**Kotikuntoisuuden kriteerit** vastausten perusteella todettiin, ettei yhteisesti sovittuja kriteerejä kotiutuvan toimintakyvystä ole. Kaikissa vastauksissa korostui, että WC käynnit tulee onnistua apuvälineen turvin itsenäisesti.

*”Kotona asuvan vanhuksen tulisi pystyä liikkumaan itsenäisesti esimerkiksi vessareissut, mutta tämä ei kyllä toteudu.”*

Yksin asuvan pitää pystyä syömään ilman apua, sekä osata käyttää turvapuhelinta. Vuodepotilasta ei kukaan vastaajista suosittele kotihoidon piiriin, koska kotona hoidettavan kanssa tulee pärjätä yhden avustamana. Yksi haastateltavista piti tärkeänä normaalista vanhus arjesta selviämistä sekä aloitekykyisyyttä.

*”No, ajattelisin niin, että tarkastellaan sitä toimintakykyä sen fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta, eli minkälainen sen potilaan kävelykyky on ja tasapaino, että hän pääsee liikkumaan turvallisesti ja vakaasti.”*

Kotiutettavan henkilön toimintakykyä ja pärjäämistä kotioloissa, tulee miettiä useasta eri näkökulmasta, sekä suunnitella tarvittavat apuvälineet ja avuntarve ennen kotiutusta mahdollisimman pitkälle.

Yläluokaksi saatujen vastausten perusteella nousi kaksi tärkeäksi koettu asiaa. Fyysisen ja psyykkisen hoidon turvaaminen ja yllä pitäminen kotioloissa sekä turvallinen ympäristö ikäihmiselle kotona asumiseen ja riittävä fyysinen toimintakyky. Näihin kahteen yläluokan ilmaisuun päästiin alkuperäisilmaisujen ja pelkistettyjen ilmaisujen kautta. (Liite 3.)

**Kotiutuksen toimivuus ja kehittämistarpeet** vastauksista ilmeni, että kotiutuksen tulisi olla pitkä ja suunniteltu prosessi, joka alkaa potilaan tullessa terveyskeskuksen vuodeosastolle. Yhteistyöpalavereja toivottiin yksiköiden välille. Resurssit ovat riittämättömät joustavan kotiutuksen kannalta.

*”Kotiuttaminen on todella haastavaa loppuviikosta, koska siellä kentällä ei oo vastaanottavaa palvelua.”*

Toivottavaa olisi, että kotiutuksia pystyttäisiin tekemään myös virka-ajan ulkopuolella. Vastauksissa toivottiin yhtenäisiä toimintatapoja, tietynlaista kaavamaisuutta kotiutuksiinkin.

*”..tavallaan tehdä sellaista pitkäjänteistä yhteistyötä, nimenomaan niin, että se olisi molemminpuolista kotihoidon hoitajan yhteydenpitoa sairaalaan ja sairaalan sairaanhoitajan yhteydenpitoa kotihoitoon.”*

Kotiutuksen toimivuus ja kehittämistarpeet osion yläluokaksi saatiin moniammatillinen yhteistyö hoitavien tahojen välillä. (Liite4) Saatujen vastausten perusteella yhteistyöpalaverit moniammatillisessa työryhmässä tekisivät kotiutuksesta joustavamman ja hoidon jatkuvuutta tukevan.

**Yksiköiden välisen yhteistyön laatu** todettiin enemmistön mielestä toimivaksi. Resursseja pidettiin riittämättöminä kotiutukseen liittyen. Yhteistyötä pidettiin neutraalina tai se oli vähäistä. Vastaukset tämän kysymyksen osalta olivat lyhyitä.

*”Minusta se on kuitenkin toiminut hyvin, pitää ottaa palautetta vastaan, eikä siitä saa vetää hennettä nenään.”*

*”Rakentava palaute on positiivinen asia puolin sun toisin.”*

Yläluokaksi muodostui saatujen vastausten perusteella ammatillisuus ja sen jakaminen, yhteistyö on toimivaa, yhteistyön lisääminen, sekä ammatillisuus ja hoidon jatkuvuus. (liite 5)

## 6 POHDINTA

Kyseisestä aiheesta löytyi hyvin vähän tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa. Koska materiaalia oli vähän tarjolla se lisäsi haastetta työn tekemiseen. Huolellinen ja riittävä ajankäyttö kotiutuksessa on tärkeää. Kotiutuvan ikäihmisen tulee ymmärtää minne on menossa ja minkälaista hoitoa tulevassa asunnossa hän tulee saamaan, näin välttyttäisiin varmasti monilta ongelmilta.

### 6.1 Tutkimustulosten johtopäätökset

Pääsääntöisesti kotiutusta pidettiin hyvin toimivana. Kehittämisehdotuksia haastatteluista nousi esille liittyen yhteydenpitoon kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston välillä. Kotiutuksen toivottiin olevan suunnitelmallista ja toimivan yhtenäisin pelisäännöin. Tekemällä yhteistyötä moniammatillisen tiimin kanssa ja huomioimalla myös toisten kehittämissuhteet kotiutustilanteesta, voitaisiin saada toimivampi ja asiakasta sekä potilasta paremmin palveleva kokonaisuus. (Liite 4, Liite 5.) Monilta sairaalavuorokausilta välttyttäisiin, mikäli kotikuntoisuutta olisi mahdollista arvioida pidemmän aikaa, esimerkiksi kokeilemalla päivän mittaisia kotilomia ikäihmisen kotona. Kotiin saatavalla kotihoidon tuella on merkittävä osuus tällaisissa kokeiluissa ikäihmiselle. Tähtävoin pystytään luomaan ikäihmiselle turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta omaa pärjäämistä kohtaan kotona omatoimisesti, palveluiden avulla. (Liite 3.)

Vastauksissa kotiutuksen alkuna pidettiin sitä, kun potilas tulee sairaalaan. Haastatteluissa nousi myös esille se, miten kotihoidon työntekijöiden kokemukset asiakkaista voisi hyödyntää, sillä heillä on usein vuosien yhteistyö asiakkaiden kanssa, eli potilas/asiakas historiaa voisi hyödyntää enemmän. Kehittämissuhteiden joukkoon nousi, jatkohoitojen järjestely, kuten laboratoriokokeiden suunnittelu, lääkelistojen tarkastaminen sekä kontrolliajat. Strandbergin ja Valvanteen (2012) mukaan potilaan ravitsemuksesta tulee huolehtia sekä lääkelistaa tulisi arvioida kriittisesti. Tarvitaan siis tunnistusmenetelmiä ja opastusta asioihin (Strandberg & Valvanne 2012, 132.), ikäihmisen kotiutusta suunnitellessa. Tunnistusmenetelmänä kotona selviytymisessä voidaan käyt-

tää maanlaajuisesti käytössä olevia toimintakykymittareita, kuten RAVA tai MMSE. (Haatainen 2008, 15–16; Voutilainen 2008,133.)

Tärkeänä pidettiin, ettei potilaille tulisi sairaalakerrettä eli kun ihmisen fyysinen tai psyykinen kunto alenee, eikä hän pärjää kotona kotihoidon avun turvin hänelle saataisiin asianmukainen ympärivuorokautinen hoitopaikka. Kun ikäihmisen toimintakyky heikkenee, arjesta selviäminen käy kotona hankalaksi Riskivanhukset on tunnistettava aikaisessa vaiheessa, ja ohjata heitä geriatriseen kuntoutukseen tai lääkärin hoitoon. Kuntouttavalla työotteella ja motiivoinnilla on suuri merkitys kuinka nopeasti ikäihminen voi kotiutua vai jääkö hän pysyvään laitoshoidon. ( Strandberg & Valvanne 2012, 132.)

Kotihoidon henkilöstömitoitukseen toivottiin lisäystä, että kotiutus voisi tapahtua osastolta kotihoitoon myös loppuviikosta tai jopa viikonloppuisin. Kotiutusprosessiin toivottiin yhteistyön lisäämistä yksiköiden välillä. Yhteistyön lisäämisellä, suunnitelmallisuudella sekä yhteisten käytäntöjen luomisella kotiutusprosessista saataisiin entistä toimivampi kokonaisuus. Kotiutuksesta toivottiin saatavan rakentavaa palautetta sekä onnistumisesta että epäonnistumisista. Rakentavalla palautteella yhteistyöstä saadaan toimivampaa ja hoidon jatkuvuus voidaan paremmin turvata. Kotiutustilanteessa ei tulisi luvata sellaista mitä ei pystytä todellisuudessa toteuttamaan. Onnistuneessa kotiutuksessa korostuu moniammatillisuus ja hoitavien tahojen yhteistyö ja ammattitaito.

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisessa tutkimuksessa pidetään tärkeänä, että luotettavuudesta on pystytty tekemään hyvä kuvaus. Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa lisää tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen tekemisestä, joka pitää huomioida työn kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.)

Oman haasteensa työn toteuttamiseen ja tekemiseen toi se, että ihmiset tuntevat toisensa ja yksiköt ovat pieniä. Tutkimuksen edetessä pohdimme luotettavuuskysymystä puolueettomuusnäkökulmasta, koska molemmat työskente-



livät tutkittavissa yksiköissä(Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–137). Toisessa yksikössä pelättiin leimautumista haastatteluun osallistumisesta, eli säilykö vastaajan anonymiteetti. Tämän vuoksi haastateltavia oli hankala saada, mutta loppujenlopuksi vapaaehtoisia ilmaantui molemmista yksiköistä.

Mietimme oliko haastattelujen ajankohdalla merkitystä vastauksiin ja niiden pituuksiin. Kotihoidossa haastattelut suoritettiin kesäkuussa ja vuodeosastolla syys- ja lokakuussa. Kotihoidon haastattelujen paikaksi valikoitui kotihoidon kokoustila, kun taas vuodeosaston haastattelut suoritettiin toisen haastattelijan kotona. Jälkeenpäin mietimme mikä oli haastattelupaikkojen osuudella vastauksiin. Onko merkitystä, sillä että haastattelu suoritettiin työpaikalla, tai sitten kun haastattelu tehtiin poissa työympäristöstä. Kotona tehdyt haastattelut olivat huomattavasti pidempiä, kuin työpaikalla tehdyt. Tästä voisimme ajatella, että työpaikan ympäristö saattaisi vaikuttaa siihen, että koetaan ettei haastatteluihin oikein ole aikaa syventyä, vaikka kyse onkin tärkeästä asiasta.

### **6.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yhteistyön kehittämisessä. Palautteen antaminen voisi olla nykyistä monipuolisempaa ja rakentavampaa. Rakentavan palautteen antamisesta ja saamisesta on hyötyä molemmille tutkittaville työyksiköille, sekä myös hoidettaville ikäihmisille.

Yhdistämällä voimavarat voitaisiin saada katkeamaton hoitoketju, johon kaikki olisivat tyytyväisiä. Tämä vaatii pitkäjänteistä yhteistyötä moniammatillisuuden luomissa rajoissa. Tarvittaisiin jalkautuva kotiutushoitaja, joka olisi selvillä millaisiin olosuhteisiin potilas kotiutetaan.

Tämä opinnäytetyö on tehty hoitajien näkökulmasta. Tulevaisuudessa voisi tehdä kyselyn kotihoidon asiakkaille ja muille sairaalasta kotiutuville. Kyselyn voisi myös suorittaa koko henkilökunnalle, mukaan lukien terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon vastaavat lääkärit, jossa selvitettäisiin mitä ongelmia tai hyviä asioita kukin kokee omassa työssään.

## LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S. Katajisto, K-R., Pohjola, L 2007 Erikoistu vanhustyöhön, Osaamista hyvään arkeen 1.p WSOY Oppimateriaalit Oy Porvoo
- Ahonen, S., Käyhty, M., Ahvo, L. Kotoa laitokseen ja takaisin, onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasi-vaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri,( Toim.)Ikkäihmisten hyvä hoito ja palvelu, Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy Saarijärvi 2002
- Boyd K M., Melia K M., Thompsom I E. 1994 Nursing Ethics
- Engeström, Y., Nielmelä, A., Nummijoki, J. & Nyman, J.( Toim.) 2009 Lupaava Kotihoito, Uusia toimintamalleja vanhustyöhön PS- kustannus Jyväskylä
- Eskola, J., Vastamäki, J., 2007.25- 43 Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1., metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 2. korjattu ja täydennetty painos. WS Bookwell oy Juva
- Gernet Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD- tehtäväsarja, Hänninen, T., Pulliainen, V., Salo, J., Hokkanen, L., Erkinjuntti, T., Koivisto, K., Viramo, P., Soininen, H., Suomen Muistiyksiköiden Asiantuntijaryhmä Suomen lääkirilehti 1999; 54(15):1967–1975 Viitattu 21.4.2012 <http://www.gernet.fi/ohjeet/CERAD.html>
- Haatainen, T., 2008 Sosiaali- ja terveystoimen Vanhusasiakkaiden toimintakyky Rava- mittarilla kuvattuna. Pro gradu- tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., 2007 Tutki ja kirjoita, Otava kirjapaino oy 13. osin uudistettu p. Keuruu 2007
- Ikonen, E-R., Julkunen, S., 2007 Kehittyvä kotihoito, Edita Prima 1.p Helsinki 2007
- Jylhä, M., Vuorisalmi, M., Luukkaala, T., Sarkela, T., Hervonen, A., Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee 90- vuotiaiden ja sitä vanhem-

pien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996- 2007 Suomen lääkärilehti  
25/2009.vsk 64

Karvinen, M., 2010 Työyhteisö tarvitsee eettiset pelisäännöt. Sairaanhoitaja  
2/2010 vol. 83

Kivelä, S-L., 2012 Hyviä Vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen, Kariston  
Kirjapaino oy, Hämeenlinna 2012

Kivelä, S-L., Vaapio, S., 2011 Vanhana tänään, Suomen senioriliike ry 1.p  
Tallinna Raamatutrukikoda, Eesti 2011

Kiviniemi, K., 2007. 70–71 Laadullinen tutkimus prosessina teoksessa Aaltola,  
J., Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2., näkökulmia aloittelevalle  
tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 2. kor-  
jattu ja täydennetty painos. WS Bookwell oy Juva

Kiviniemi, K., 2007. 76–78 Laadullinen tutkimus prosessina teoksessa Aaltola,  
J., Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2., näkökulmia aloittelevalle  
tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 2. kor-  
jattu ja täydennetty painos. WS Bookwell oy Juva

Kotihoidon & Vuodeosaston kehittämispalaveri 13.12.2011

Laapotti- Salo, A., Routasalo, P., 2004 Tutkiva hoitotyö vol.2 1/2004

Larmi, A., Tokola, E., Vätkkiö, H., 2005 Kotihoidon työkäytäntö-  
jä. Tammi. Helsinki 2005

Laukkanen P. läkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista.  
Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 1998 ER-Paino Ky, Lievestuore 1998

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P., 2007 Vanheneminen ja terveys,  
Hoitotieto. Tammer- Paino Oy Tampere 2007

Lähdesmäki, L., Vornanen, L., 2009 Vanhuksen Parhaaksi, Hoitaja toiminta-  
kyvyn tukijana 1.p Edita Prima Helsinki 2009

Noppiari, E., Koistinen, P.(Toim.),2005 Laatu vanhustyöhön, Tammer-paino  
Oy Tampere

Paasivaara, L., Nikkilä, J., Voutilainen, P. Saumattomuus Palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri,( Toim.)Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy Saarijärvi 2002

Strandberg, T., Valvanne, J., Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin, Suomen lääkärilehti 3/ 2012 vsk.67.

Tuomi, J., Sarajärvi, A., 2009 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 5.uudistettu p. Kustannusosakeyhtiö Tammi Jyväskylä 2009

Voutilainen,P., Tiikkainen,P., 2008 Gerontologinen Hoitotyö, 1.p WSOY oppimateriaalit 2009.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 27.4.2009.

<http://www.suomensairaanhoitajaliitto.fi>, sairaanhoitajantyö ja hoitotyön kehittäminen, sairaanhoitajan työ.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Julkaisuja 2001:4.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006 Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf) Viitattu 1.2.2012

Tilastokeskus 2009–2060, väestöennuste,

[http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html) viitattu 3.5.2012

## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje

”Onnistunut kotiutus vuodeosaston ja kotihoidon välillä”

Olemme Teija Koskinen ja Mari Nyrönen, opiskelemme Jyväskylän ammatti-korkeakoulun hyvinvointiyksikössä hoitotyönkoulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Valmistumme keväällä 2013 sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä vuodeosaston ja kotihoidon välisestä kotiutusprosessista. Tavoitteena olisi, että siirtyminen vuodeosaston potilaasta kotihoidon asiakkaaksi sujuisi vaivattomasti, huomioiden potilaan kokonaisvaltainen hoidon jatkuvuus molemmissa hoitavissa yksiköissä.

Suoritamme vuodeosastolla sekä kotihoidossa haastatteluja sairaanhoitajille, molemmissa yksiköissä haastattelemme xxx määrän sairaanhoitajaa N= 6. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, jotka nauhoitetaan. Nauhat tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Arvioitu haastattelu aika on noin 30 min.

## **Liite 2. Haastattelu kysymykset**

### **Kysymykset vuodeosaston ja kotihoidon sairaanhoitajille**

1. Millainen on asiakkaan/potilaan kotiutusprosessi?
2. Mitkä ovat potilaan kotikuntoisuuskriteerit toimintakyvyn näkökulmasta?

Mitkä ovat asiakkaan kotikuntoisuuskriteerit toimintakyvyn näkökulmasta?

3. Arvioi kotiutuksen toimivuutta ja kehittämistarpeita?
4. Millaisena koet yksiköiden välisen yhteistyön?

### Liite 3. Kotikuntoisuuden kriteerit

<b>Alkuperäisilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Yläluokka</b>
"Ei ole sovittuja kriteerejä kotikuntoisuudesta"	Hygienian hoito omatoimisesti	<b>Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn turvaaminen ja ylläpitäminen kotiloissa</b>  <b>Turvallinen ympäristö ikäihmiselle kotona asumiseen, sekä riittävä fyysinen toimintakyky.</b>
WC reissut täytyisi onnistua"	Arjesta selviäminen omassa asunnossa	
"Niin se fyysinen pärjääminen kotona"		
"liikkuminen pääsääsääntöisesti jonkun apuvälineen turvin, tai niin että tarvitsee yhden avustamaan"	Apu- ja turvavälineiden käytön hallitseminen	
" "Turvaranneketta pitäisi ymmärtää käyttää"		
"Ei ihan vuodepotilas saa olla"	Fyysinen kunto	
"Pitäisi olla itse ruokaileva"	Ravinnon turvaaminen	

## Liite 4 Kotiutuksen toimivuus ja kehittämistarpeet

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
"Puhutaanko me samoista asioista tärkeänä"	Yhdenmukaisuus kotiutuksessa	<b>Moniammatillinen yhteistyö hoitavien tahojen välillä.</b>
"Voisiko olla palaverit kotihoidon ja osaston välillä joskus tulevaisuudessa"	Yhteistyöpalaverit	
"Pitäs tehdä sellaista pitkäjänteistä yhteistyötä"		
" Pääsääntöisesti se toimii ihan hyvin.	Yhteistyötä pidetään toimivana	
" semmoinen idea, että jos sairaalakierre alkaa, voisi asumispalveluista vastaavat alkaa järjestämään jatkohoitopaikkaa"	Varhainen puuttuminen sopivan asumismuodon löytämiseen.	



## Liite 5 Yksiköiden välisen yhteistyön laatu

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
"Rakentava palaute on positiivinen asia puolin sun toisin	Palautteen antaminen ja saaminen	<b>Ammatillisuus ja sen jakaminen</b> <b>Yhteistyö toimivaa</b> <b>Yhteistyön lisääminen</b>
"Yhteistyö toimii"	tyytyväisyys	<b>Ammatillisuus ja hoidon jatkuvuus,</b>
"Semmoinen neutraali"		
"Yhteistyö on hyvin vähäistä"	Yhteistyön riittämättömyys	
"Kotihoidosta osataan kyllä kysyä hyviä kysymyksiä, että onko jokin asia hoidettu"	Asiakkaan/ potilaan tuntemus	

