

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Elisa Pohjola
Marianne Savolainen

KOTIHOIDON HOITAJIEN KOKEMUKSIA HOIDON TARPEEN
ARVIOINNISTA ASIAKKAAN VOINNIN MUUTTUESSA

Opinnäytetyö
Syyskuu 2015



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p.0504054816

<p>Tekijät Elisa Pohjola, Marianne Savolainen</p>	
<p>Nimeke Kotihoidon hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista asiakkaan voinnin muuttuessa Toimeksiantaja Joensuun kaupunki</p>	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kotihoidossa hoidetaan entistä huonokuntoisempia vanhuksia. Vanhukset ovat yksi suurimpia päivystyspalveluita käyttävä ryhmä. Kotihoito on yleisin vanhuksen päivystykseen lähettävä taho. Tämä asettaa haasteita hoidon tarpeen arvioinnille asiakkaan ollessa vielä kotona.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaista kotihoidon hoitajien hoidon tarpeen arviointi on hoitajien näkökulmasta sekä hoidon ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan hakeutuessa päivystykseen. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto on kerätty teemahaastatteluilla talvella 2015. Analysointimenetelmänä oli sisällönanalyysi.</p> <p>Yleisimpiä vointia heikentäviä tekijöitä olivat yleistilan lasku tai kaatuminen. Hoidon tarpeen arviointia helpotti asiakkaan tunteminen pidemmältä ajalta. Muita helpottavia tekijöitä olivat selkeä oireenkuva ja työkokemus. Vaikeuttavia tekijöitä olivat epäselvät tilanteet ja tuntemattoman asiakkaan tilan arviointi. Epäselvissä tilanteissa tukea päätökselle haettiin usein soittamalla ambulanssi. Hoidon ohjaukseen vaikuttivat asiakkaan ja hänen omaisensa mielipiteet.</p> <p>Hoidon tarpeen arviointia helpottaisi lisäkoulutus ja toimiva omahoitajuus. Jatkotutkimuksena voisi tutkia, minne kotihoidon päivystykseen ohjaamat asiakkaat menevät jatkohoitoon sekä lisäkoulutuksen vaikutusta hoidon tarpeen arviointitaitoihin.</p>	
<p>Kieli suomi</p>	<p>Sivuja 32 Liitteet 6 Liitesivumäärä 6</p>
<p>Asiasanat kotihoito, hoidon tarpeen arviointi, hoidon ohjaus, yleistilan lasku</p>	



THESIS
September 2015
Degree Programme in Nursing
Tikkariinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

<p>Authors Elisa Pohjola & Marianne Savolainen</p>	
<p>Title Experiences of Home Care Nurses on Care Need Assessment Commissioned by City of Joensuu</p>	
<p>Abstract</p> <p>An increasing number of older people in poor health are treated by home care. Older people comprise the largest group that uses hospital Emergency Room (ER) services. Home care is the most common quarter to refer older people to the ER. This brings challenges to the care need assessment among clients still living in their homes.</p> <p>The aim of this thesis was to find out what care need assessment is like from the viewpoint of the home care nurses and what factors affect the referral to treatment process. The thesis was carried out by using qualitative research methods. The data was gathered by using focused interviews during the winter of 2015. The analysis method was content analysis.</p> <p>Deterioration of general health or falls most commonly affect the functional ability of older people. Knowing the patient for a longer period of time facilitated the care need assessment. Other factors that helped the assessment process were a clear symptom profile and work experience. Some complicating factors were ambiguous situations and assessments of new clients. In these ambiguous situations, an ambulance was called. The opinions of clients and their relatives often influenced the decision concerning the referral to treatment.</p> <p>Care need assessment could be facilitated by additional training and by having a viable primary nursing system. A further study could focus on where clients, who were referred to the ER by home care, go for continued treatment and the impact of additional training on the competence of care need assessment.</p>	
<p>Language Finnish</p>	<p>Pages 32 Appendices 6 Pages of Appendices 6</p>
<p>Keywords</p> <p>Home care, care requirement assessment, referral to treatment, deterioration of general condition</p>	

Sisältö
Tiivistelmä
Abstract

1	Johdanto	7
2	Kotihoidon asiakkaiden päivystyspalveluiden käyttö	8
2.1	Vanhukset kotihoidon asiakkaana	8
2.2	Kotihoito Joensuun alueella	10
2.3	Vanhusten päivystyspalveluiden käyttö	11
3	Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon ohjaus	13
3.1	Hoidon tarpeen arviointi	13
3.2	Hoidon ohjaus	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	15
5	Tutkimuksen toteutus	16
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta	16
5.2	Aineiston hankinta	16
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi	19
6	Tulokset	20
6.1	Hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista	20
6.2	Hoidon ohjaukseen vaikuttavat tekijät	23
7	Pohdinta	28
7.1	Tulosten tarkastelu	28
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	30
7.3	Pohdinta opinnäytetyöstä	32
7.4	Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys	34
	Lähteet	35

- Liite 1 Toimeksiantosopimus
- Liite 2 Teemahaastattelurunko
- Liite 3 Tiedote tutkimuksesta
- Liite 4 Taustatietolomake
- Liite 5 Suostumuslomake
- Liite 6 Esimerkki luokittelusta

1 Johdanto

Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat yli 75-vuotiaat monisairaat ja huonokuntoiset henkilöt. Kaikkein eniten asiakkaina on 75 – 84- vuotiaita vanhuksia, joiden yleinen fyysinen toimintakyky on heikentynyt sen verran, että kotihoidon apuja tarvitaan. (Ikonen 2013, 42 - 43.) Suomessa joka viides päivystyksen käyttäjä on vanhus. Vanhuksella tässä yhteydessä tarkoitetaan yli 75-vuotiaista henkilöä. (Heinonen, Jartti, Seppälä & Upmeier 2011, 2968.) Kaupungin kotihoito onkin yleisin vanhuksen päivystykseen lähettänyt taho (Heiskanen-Haarala 2009, 6).

Vanhuksen päivystykseen hakeutumisen yleisin syy on yleistilan lasku. Tämä ei kuitenkaan ole diagnoosi, vaan seurausta jostain tulehduksesta tai sairaudesta. (Koponen & Sillanpää 2005, 376.) Yleisimmät syyt yleistilan laskun taustalla ovat tulehdustaudit, dementia, sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat, neurologiset sairaudet ja sekavuus (Heiskanen-Haarala 2009, 6).

Hoidon tarpeen arvioinnin tehtävänä on arvioida, mitä hoitoa potilas tarvitsee ja kuinka nopeasti hänen tulee päästä hoitoon (Syväoja & Äijälä 2009, 7). Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan yleisesti tapahtumaketjua, jonka alussa terveydenhuollon ammattilainen tekee potilaasta arvion tämän oireiden ja tiedossa olevien sairauksien perusteella (Aalto, Castren, Rantala, Sopanen & Westergård 2010, 64).

Potilaan ohjaamisella on tärkeä rooli hoitohenkilökunnan ammatillisessa toiminnassa, ja se on osa asiakkaiden asianmukaista ja hyvää hoitoa. Jokaisella asiakkaalla on oikeus ohjaukseen, ja hoitajalla on velvollisuus antaa sitä. (Kääriäinen 2008, 10.) Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välillä tapahtuvaa aktiivista toimintaa, jolla on jokin tavoite. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa hoitosuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250.)

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, millaista kotihoidon hoitajien hoidon tarpeen arviointi on hoitajien näkökulmasta sekä hoidon ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan hakeutuessa päivystykseen. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Joensuun kaupunki, ja se on toteutettu kvalitatiivisena tutkimuksena.

2 Kotihoidon asiakkaiden päivystyspalveluiden käyttö

2.1 Vanhukset kotihoidon asiakkaina

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja erilaisten tukipalveluiden (esimerkiksi ateria- tai turvapalvelut) muodostamaa kokonaisuutta. Kotihoito on yleensä kunnan järjestämää, mutta yksityisiäkin kotihoitoyrittäjiä on. Kotihoidon tarkoituksena on mahdollistaa kotona asuminen niin kauan kuin mahdollista sekä ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. (Ikonen 2013, 15 - 18.)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on pitkäaikaissairaita. Yleensä kotihoidon piiriin tullaan, kun fyysinen toimintakyky romahtaa. (Ikonen 2013, 42 - 46.) Vuonna 2005 säännöllisistä kotihoidon asiakkuuksista 60,6 % on saanut alkunsa fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi (Luoma & Kattainen 2007, 19). Kotihoidon asiakkaiden yleisimpiä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, diabetes, hengitysteiden sairaudet, muistisairaudet ja syöpä (Ikonen 2013, 42 - 46).

Kotihoidon palveluita voidaan tarjota kaiken ikäisille henkilöille, mutta valtaosa on yli 75-vuotiaita (Ikonen 2013, 42-46). Vuonna 2012 Suomessa asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli 8,3 prosenttia. Kotona asuvista 75-vuotiaista henkilöistä 90 prosenttia asui kotona. (Sotkanet 2013.) Kotihoidon asiakkaista 75 - 84-vuotiaita on noin puolet. Joka kolmas asiakas on 85 vuotta tai vanhempi. Asiakkaista enemmistö on naisia. (Luoma & Kattainen 2007, 18.) Kotihoidon palveluita

voidaan tarjota vanhusten lisäksi myös vammaisille sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaille (Ikonen 2013, 42-46).

Vuosien aikana kotihoidon asiakkaana on entistä huonokuntoisempia vanhuksia. Yksi syy tälle on sairaaloiden vuodepaikkojen vähentäminen. Ennen kotihoitotyö on ollut enemmän sosiaalityöntekijän työtä ja avustamista talouden ylläpidossa. Nykyään työssä tarvitaan enemmän sairaanhoidollista ajattelua. Hoitajat kokevat, että heitä ei ole koulutettu muuttuneen työnkuvan mukaisesti. Työnkuvaan on tullut mukaan suuresti myös teknologinen osaaminen. Hoitajat kokevat tarvitsevan koulutusta myös tällä osa-alueella. (Kihlgren, Fagerbeg, Skovdahl & Kihlgren 2003.) Huonokuntoisten asiakkaiden määrän lisääntyessä myös akuutit sairastilanteet ovat lisääntyneet. Kotihoidossa hoitaja tarvitsee laaja-alaista tietoa eri sairauksista. Etenkin kaatumiset, akuutti rintakipu, dementiaa johtuva levottomuus tai aggressiivisuus ja saattohoitovaiheessa oleva sairaus vaativat hoitajalta paljon tietämystä aiheesta. Asiakkaan sairauden hoitamisen lisäksi hoitajan on huolehdittava yhteydenpidosta asiakkaiden omaisiin. (Kihlgren, Suvnvisson, Ziegert & Mamhidir 2014.)

Asiakkaan voinnin muuttuessa hoitajan toimintaan vaikuttaa neljä eri osa- aluetta. Näitä ovat lääketieteellinen osaaminen, hoitaminen, ohjaaminen ja luonne. Luonteella tarkoitetaan hoitajan aitoa kiinnostusta vanhusten hoitotyötä kohtaan sekä psyykkistä vahvuutta ja itsetuntoa. (Tunedal & Fagerberg 2001, Kihlgrenin ym. 2003, 29 mukaan.) Kanen mukaan esimerkiksi hoitokodeissa korkeampi hoidollinen osaaminen vähentäisi vanhusten päivystykäyntejä ja sairaalajaksoja. Jos osaaminen ja tieto on puutteellista, ei henkilökunnalla ole muuta mahdollisuutta kuin laittaa vanhus päivystykseen vaikka tilanteen olisi voinut hoitaa kotonakin. (Kane ym. 1989, Kihlgrenin ym. 2003, 29 mukaan.)

Tässä opinnäytetyössä käytämme kotihoidon asiakkaista termiä vanhus, sillä suurin osa asiakkaista on vanhuksia ja olemme keskittyneet vanhusten päivystyspalveluiden käyttöön.

2.2 Kotihoito Joensuun alueella

Joensuun kaupungin terveystalvet kuuluvat SOTE-yhteistoiminta-alueeseen. Yhteistoimintasopimus on tehty Kontiolahden ja Outokummun kuntien kanssa. (Joensuun kaupungin yhteistoiminta-alue 2014.) Vuoden 2014 syyskuussa yhteistoiminta-alueella on ollut 1369 kotihoidon asiakasta. Vuoden 2014 aikana tammikuun ja syyskuun välisenä ajanjaksona asiakkuuksia oli ollut yhteensä 3100. (Pesonen 2014.) Kotihoitoa järjestetään Joensuussa koko kaupungin alueella. Toiminta on jaettu kahdeksaan eri toiminta-alueeseen. (Joensuun kaupunki 2014a.)

Kotihoidon piiriin kuuluvan henkilön tulee olla kirjoilla Joensuussa, Outokummussa tai Kontiolahdella, tai hänellä tulee olla oman kotikunnan myöntämä maksusitoumus (Joensuun kaupunki 2014b). Henkilön RAVA-indeksi, joka mittaa henkilön toimintakykyä ja avuntarvetta, tulee olla välillä 1,7 ja 3,5. Matala arvo kertoo hyvästä toimintakyvystä ja korkea arvo heikentyneestä toimintakyvystä (Finnish Consulting Group 2014). Palveluita voidaan kuitenkin myöntää indeksin ollessa alle 1,7, jos henkilön toimintakyvyssä katsotaan olevan tästä huolimatta erityinen vajoaus, esimerkiksi vaikea muistisairaus. Henkilöllä tulee olla säännöllinen avuntarve useamman kerran viikossa tai päivässä. Hänen tulee myös sitoutua hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Joensuun kaupunki 2014b.)

Kotihoito vastaa asiakkaan perustarpeiden hoitamisesta, toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä sairaanhoidollisesta hoidosta. Asiakkailta on lisäksi käytössään erilaisia tukipalveluita kuten ateriapalvelu, turvapalvelu, kylvetyspalvelu, seurantasoitto palvelu, saattajapalvelu sekä päivätoimintaa, joiden käytöstä peritään erillinen maksu. Myös tukipalveluiden tarve tulee aina arvioida yksilöllisesti. (Joensuun kaupunki 2014b.)

2.3 Vanhusten päivystyspalveluiden käyttö

Joka viides päivystyksen potilaista on vanhus (Heinonen ym. 2011, 2968). Suurin syy vanhuksen päivystykseen hakeutumiselle on selittämätön yleistilan lasku. Yleistilan laskun taustalla on useasti virtsatieinfektio, kuivuminen, ripuli, pneumonia eli keuhkokuume sekä sydänongelmat. (Heiskanen-Haarala 2009, 6.) Lisäksi vanhukset hakeutuvat päivystykseen kaatuilun ja väärästä lääkityksestä johtuvien ongelmien vuoksi (Koponen 2005, 376-377).

Yleensä samat vanhukset käyttävät päivystyspalveluita usein saamatta diagnoosia. Kun sama potilas käyttää päivystyspalveluita usein lyhyessä ajassa, lääkäri alkaa miettiä, onko potilaan paikka enää kotona. (Heiskanen-Haarala 2009, 7.) Potilaan kannalta on ratkaisevaa miettiä ajoissa sopiva jatkohoitopaikka. Yleisesti huonontuneen voinnin vuoksi päivystykseen tulevien vanhusten jatkohoitopaikan päättäminen on haasteellista, sillä vanhuksella ei välttämättä ole mitään sairaalassa hoidettavaa akuuttia vaivaa. (Bingisser, Blume, Graber, Gujan, Messmer, Misch & Nickel 2014.) Vaikka vanhuksella ei olisi mitään päivystyshoitoa vaativaa ongelmaa, hän ei silti välttämättä pärjää kotonaan. Usein yksinäisyys ja riittävän tukiverkoston puuttuminen ovat syynä sille, että vanhus hakeutuu päivystykseen tai kokee, ettei pärjää kotonaan, vaikka mitään selvää vaivaa ei ole nähtävissä. (Heinonen ym. 2011, 2968-2969.)

Vanhuksen tullessa päivystykseen käy helposti niin, että lääkäri aloittaa hoidon ensimmäiseen löytämäänsä vaivaan ja jatkohoidon suunnitelmat sen perusteella. Vanhuksella kuitenkin saattaa olla taustalla vielä muita oireita, joihin hän ei saanut hoitoa, ja sen vuoksi sama vanhus tulee kohta takaisin päivystykseen. Tällaista tapahtumasarjaa kutsutaan ”pyörövi-ilmieksi”. (Koponen & Sillanpää 2005, 379.)

Oireenkuva voi olla epäselvä, ja monet samanaikaiset sairaudet vaikeuttavat diagnosointia ja hoidon valintaa (Samaras, Chevalley, Samaras & Gold 2010). Iän aiheuttamien muutosten vuoksi esimerkiksi kaatuminen voi aiheuttaa monia

vakavia vammoja, joiden oireet ilmenevät epätyypillisesti (Rathlev, Medzon, Lowery 2006, Samarasin ym. 2010 mukaan). Suurimmalla osalla päivystyksen lääkäreistä ei ole erikoistumista gerontologisen potilaan hoitoon (Grief CL. 2003, Samarasin ym. 2010 mukaan). Vanhus tarvitsee päivystyksessä oireenmukaisen hoitonsa lisäksi apua päivittäisissä toimissaan sekä joskus jatkuvaa valvontaa. Päivystyksessä ei ole mahdollista vastata täysin tähän tarpeeseen. Usein henkilökunta kokee, etteivät iäkkäämmät potilaat saa tarvitsemaansa hoitoa. (Kihlgren, Nilsson & Sørli 2004.)

Tulevaisuudessa vanhusten päivystyspalvelujen käyttö tulee luultavasti aiheuttamaan ongelmia. On tehty arvio, jonka mukaan 30 vuoden sisällä 65 vuotta täyttäneiden ihmisten määrä kaksinkertaistuu. Tästä ikäryhmästä suurin kasvu tapahtuu iältään kaikkein vanhimpien vanhusten kohdalla. Kaikkein iäkkäimmät käyttävät terveydenhuollon palveluita muita vanhuksia enemmän. (Koponen & Sillanpää 2005, 379.) Yhdysvalloissa on tehty arvio, että vuonna 2030 joka neljäs potilas päivystyksessä on vanhus (American college of Emergency Physicians, Heinosen ym. 2011 mukaan). Suomeen tarvittaisiin yksiköitä, jotka ovat erikoistuneet geriatrisen potilaan hoitamiseen. Siellä potilaalta voitaisiin selvittää akuuttia hoitoa vaativia ongelmia, mutta samalla myös pitää yllä toimintakykyä moniammatillisen tiimityön avulla. Tällaiset yksiköt sopisivat suuria yhteispäivystyksiä paremmin vanhuksen tilanteen selvittelyyn. (Heinonen ym. 2011, 2970.)

Päivystyksessä hoidetaan äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita, sekä potilaita, joiden perussairaus on lyhyellä aikavälillä pahentunut. Tällöin potilaan tilanne vaatii kiireellisestä tilan arviointia ja hoitoa. Päivystyksessä hoidetaan vain ne potilaat, joiden tilanne todennäköisesti huononisi ilman välitöntä hoitoa. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 92.)

Päivystys jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykseen. Kunta järjestää perusterveydenhuollon päivystyksen ja sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidon päivystyksen. Kunta ja sairaanhoitopiiri voivat myös tarjota palvelunsa yhteispäivystyksenä, joka koostuu sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluista. (Holmström ym.

2013, 93.) Joensuussa päivystyspalvelut tarjotaan yhteispäivystyksenä Pohjois-Karjalan keskussairaalassa (Joensuun kaupunki 2014c).

3 Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon ohjaus

3.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan arviota potilaan tarvitsemasta sairaanhoidosta sekä siitä, kuinka kiireellisesti hoitoa tulee antaa (Syväoja & Äijälä 2009, 7). Se on yleiskäsite tapahtumaketjulle, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi potilaan oireiden ja aiemmin tiedossa olevien sairauksien perusteella sen, kuinka kiireellistä hoitoa potilas tarvitsee ja ohjaa hänet tämän jälkeen oikeanlaiseen hoitoon. (Aalto, Castren, Rantala, Sopanen & Westergård 2010, 64).

Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu viisivaiheisesti. Ensimmäisenä selvitetään, miksi asiakas tarvitsee hoitoa ja pyritään saamaan kattava oirekuvaus. Toisena selvitetään esitiedot, eli potilaan perussairaudet, lääkitys ja mahdolliset muut hoitoon vaikuttavat tekijät. Tämän jälkeen selvitetään nykytilanne, eli milloin oireet ovat alkaneet ja millaiset ne ovat tällä hetkellä. Viimeisenä mietitään hoidon kiireellisyysaste. (Mikkelin seudun sote 2014.) Kliinisen hoitotyön osaaminen ja monipuolinen tietopohja eri sairauksista ovat keskeisessä asemassa päätöstä tehdessä (Kihlgren ym. 2014).

Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee ottaa huomioon asiakaslähtöisyys. On havaittu, että kotihoidossa asiakas jättäytyy helposti ulkopuolelle niissä tilanteissa, kun käsitellään hänen terveydenhoitoonsa liittyviä asioita. (Ahonen, Lamminmäki, Suoheimo, Suokas & Virtanen 2014, 32.) Yleensä epäselvissä tilanteissa asiakas jättää päätöksenteon mielellään hoitajan harteille. Keskeisiä asioita vuorovaikutuksessa kotihoidon hoitajan, asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa on luottamuksen saavuttaminen sekä yksilöllisen lähestymistavan löytyminen. Jotta tämä on mahdollista, osapuolten tulee tuntea

toisensa. Vuorovaikutustilannetta helpottaa, jos henkilöillä on selkeät asiakas – hoitaja roolit. (Outila, Jumisko & Kettunen 2014, 232.)

Hoidon tarpeen arviointia tapahtuu kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla. Sen sujuvuudella voidaan vaikuttaa potilaan hoitoprosessin onnistumiseen sekä terveydenhuollosta aiheutuvien kustannusten pienemiseen. Hoidon tarpeen arvioinnissa korostuu yhteistyö eri tahojen välillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 7-9.)

3.2 Hoidon ohjaus

Ohjaus on jokaisen asiakassuhteen ”punainen lanka” koko hoitosuhteen ajan. Ohjaustilanteet eivät ole samanlaisia, ja hoitajan on hyvä muistaa, että ohjaustilanteet ovat asiakkaalle ainutkertaisia ja jännittäviäkin. (Ohtonen 2006, 3.) Ohjauksen lähtökohtana on jokin tilanne, tunne tai tavoite, ja sen kautta päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka poikkeaa alkutilanteesta. Asiakas voi tarvita ohjausta terveysongelmiin, elämäntaitoihin tai elämäntilanteeseen liittyviin ongelmiin ja elämänkulun eri vaiheisiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26.)

Hyvät ohjausvalmiudet ovat ydinalue hoitajien osaamisvaatimuksissa, ja ne kuuluvat jokaisen hoitajan ammatilliseen perusosaamiseen. Jotta hoitaja kykenee antamaan laadukasta ohjausta, tulee hänen ohjausvalmiuksiensa olla hyvät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, Kääriäisen 2008, 11 mukaan.) Laadukkaan ohjauksen pohjana on tieteellisesti tutkittu tieto tai vankka työn kautta saatu osaaminen aiheesta. Ohjausprosessissa hoitaja on asiantuntijana. Asiantuntijana toimiminen edellyttää, että hänellä on tietoja ja taitoja ohjattavista asioista. Hoitajalla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan, jotta hänen ohjausvalmiutensa pysyisivät hyvinä. Näiden tietojen perusteella on tarkoitus tarjota potilaalle asianmukaista tietoa helpottamaan hänen päätöksentekoaan ja hoidollisia valintoja. (Kääriäinen 2008, 13.) Hoitotyön koetaan muuttuneen vuosien aikana vaativammaksi, koska potilaat ovat yhä huonokuntoisempia ja asioita joutuu pohtimaan useammasta näkökulmasta (Kihlgren ym. 2003).

Jokaisen hoidon ohjausta tekevän tulisi tietää, kuinka hoitoonohjausprosessi omalla paikkakunnalla toimii. Paikkakunnilla olisi hyvä olla tehtynä selkeä prosessikuvaus eri tilanteiden hoidon ohjauksesta. Hoidon ohjauksen tehtävänä on huolehtia myös hoidon jatkuvuudesta niissäkin tilanteissa, kun potilas ei päädy päivystykseen. Tällöin annettavilla hoito-ohjeilla on suuri merkitys. Vanhuksen vointi voi heikentyä nopeasti, jolloin hänellä tulee olla tiedossa, kuinka toimia muuttuneessa tilanteessa. Hoidon ohjauksen tavoitteena on saada vastaus asiakkaan kysymykseen tai ongelmaan. Ohjauksen tulee aina olla terveydenhuollon ammattilaisen tekemää ja asiakaslähtöistä. (Syväoja & Äijälä 2009, 97, 109.)

Kun annetaan ohjausta akuutissa sairausvaiheessa, ohjauksen tavoitteena on taata asiakkaalle asianmukaista ja turvallista hoitoa. Tässä tilanteessa hoitajan täytyy selvittää potilaan senhetkistä vointia ja samalla rauhoittaa tilannetta. Tärkeää on selvittää potilaan oireiden laatu ja alkamisaika. Samalla hoitajan tulee kiinnittää tilanteessa huomiota potilaan perussairauksiin, lääkitykseen ja allergioihin ja luoda näiden asioiden kautta kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta. Hoitaja tekee saatujen tietojen perusteella päätöksen jatko-ohjaustarpeista. (Eloranta & Virkki 2011, 40.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, millaista kotihoidon hoitajien hoidon tarpeen arviointi on hoitajien näkökulmasta sekä hoidon ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan hakeutuessa päivystykseen.

Työn keskeiset tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista hoidon tarpeen arviointi on kotihoidon hoitajien näkökulmasta
2. Mitkä tekijät vaikuttavat hoitoon ohjaukseen, kun asiakas ohjataan kotihoidon toimesta päivystykseen

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kuvaa todellisuutta. Sen tarkoituksena on luoda syvä ja mahdollisimman monipuolinen kuvaus ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 29.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee aina olla teoreettinen tieto pohjalla. Se kykenee myös joskus luomaan täysin uuden teorian tai yleistyksen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 18.)

Toimeksiantajana tässä opinnäytetyössä on Joensuun kaupunki. Työelämän yhteyshenkilönä on ollut kotihoidon päällikkö. Toimeksianto oli edellisen kotihoidon päällikön määrittelemä, ja se oli annettu jo keväällä 2014. Toimeksiannossa oli määritelty, että työn tulisi liittyä päivystykseen ja kotihoitoon. Muuten toimeksiantaja antoi tekijöille vapaat kädet päättää tutkimuksen sisällöstä. Tämän opinnäytetyön toimeksiantosopimus (liite 1) tehtiin syksyllä 2014.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ihminen on tiedonkerääjä ja -antaja. Tutkimukseen valitaan tietty tutkittava kohdejoukko. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 164.) Tässä opinnäytetyössä kuvataan hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon ohjaukseen liittyviä tekijöitä, kun kotihoidon piirissä olevan vanhuksen vointi muuttuu. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska tutkimustehtäviin haluttiin saada mahdollisimman kuvailevia vastauksia. Haastateltaviksi valittiin kotihoidon hoitajia, koska tieto haluttiin saada suoraan heiltä itseltään.

5.2 Aineiston hankinta

Teemahaastattelu tehdään nimensä mukaisesti tiettyjen teemojen ympärille (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Tässä opinnäytetyössä teemat olivat hoidon tarve, muutokset asiakkaan voinnissa ja hoidon ohjaukseen vaikuttavat tekijät.

Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelua eli lomake- ja avoimen haastattelun välimuotoa, sillä sitä varten tehdään etukäteen kysymykset, mutta haastattelija pystyy tilanteessa esittämään lisäkysymyksiä ja tarkentamaan halutessaan vastauksia (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75; Hirsjärvi ym. 2004, 197). Teemahaastattelu sopii tähän opinnäytetyöhön, sillä tulosten saamiseksi täytyi pystyä esittämään tarkentavia lisäkysymyksiä. Lisäksi vastaukset on vaikea antaa kattavasti suljetulle haastattelulomakkeelle, koska tilanteisiin on harvoin vain yhtä selkeää vastausta.

Haastattelu tutkimusmenetelmänä on yksinkertainen ja joustava. Tutkija kykenee haastattelussa varmistamaan, että saa vastauksen kysymyksiinsä. Väärin ymmärrysten riski pienenee, kun tutkittava voi esittää tarkentavia kysymyksiä tai pyytää selventämään kysymystä. Tämä on suuri etu verrattuna esimerkiksi kyselylomakkeella tehtyyn tutkimukseen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 72-73.) Tässä opinnäytetyössä haastattelukysymyksiä (liite 2) oli suhteellisen vähän, mutta niitä tarkennettiin haastattelun aikana tilanteen mukaan siten, että haastateltavat vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Hyvä haastattelija tuntee aihepiirinsä. Hän on aidosti kiinnostunut aiheesta ja kykenee siksi aktiivisen keskusteluun aiheesta. Hän kykenee rajaamaan keskustelua siten, että tutkittava vastaa hänelle annettuihin kysymyksiin. Hänen omat mielipiteensä eivät näy haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 68.) Molemmilla tämän opinnäytetyöntekijällä on työkokemusta perusterveydenhuollon eri puolilta. Aihepiiri oli siis tekijöille tuttu. Haastatteluissa kyettiin pitämään keskustelu siten että annettuihin tutkimustehtäviin saatiin vastauksen. Haastateltaville ei kuitenkaan syötetty valmiita vastauksia eikä heidän sanomisiaan ohjailtu haluttuun suuntaan.

Haastattelua tehdessä otettiin huomioon mahdolliset virhelähteet liittyen haastatteluun tai haastattelutilanteeseen. Virhelähteitä voi aiheutua esimerkiksi haastattelijan ja haastateltavan välisestä vuorovaikutuksesta tai epämukavasta haastattelutilasta. Jos haastateltava jännittää tilannetta tai ei koe sitä muutoin luontevaksi, on suurentunut riski saada virheellistä tietoa. (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2004, 195.) Haastattelupaikaksi valittiin hoitajien toimisto, sillä se on ympäristönä heille tuttu ja saa haastateltavan olon luonnollisemmaksi. Lisäksi haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina, koska sekin vähentää jännitystä ja takaa luotettavamman tiedon saannin.

Haastateltavien tulee olla sellaisia henkilöitä, jotka kykenevät vastaamaan annettuun kysymykseen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 58). Aineisto hankittiin haastattelemalla Joensuun kotihoidon hoitajia. Kohdejoukon valinnasta ei ole tietoa, sillä toimeksiantaja hankki haastateltavat. Kriteerinä oli lähihoitajan tai sairaanhoitajan tutkinto sekä se, että kyseinen hoitaja oli ohjannut potilaan päivystykseen lähiaikoina.

Tiedote tutkimuksesta lähetettiin (liite 3) helmikuun alkupuolella toimeksiantajalta saaduille yhteyshenkilöille. Haastattelut suoritettiin helmimaaliskuussa. Tutkimusta varten haastateltiin kahdeksaa kotihoidon hoitajaa, joiden taustatietoja kysyttiin ennen haastattelun alkua nimettömällä taustatietolomakkeella (liite 4). Lisäksi ennen haastattelun alkua haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 5), jossa kerrottiin haastateltavan oikeuksista. Haastateltavina oli kolme sairaanhoitajaa ja viisi lähihoitajaa. Haastateltavien työkokemus vaihteli 1-30 vuoden välillä. Suurimmalla osalla työkokemusta oli 1-5 vuotta. Kaikilla haasteltavilla oli työkokemusta myös muualta hoitoalalta. Suurin osa oli työskennellyt jossain vaiheessa uraansa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Ennen varsinaista haastattelua tehtiin kaksi esihaastattelua toisella kotihoidon alueella, jotka sisällytettiin tutkimukseen. Tutkimuksen teemat eivät muuttuneet esihaastattelun perusteella, ja kysymykset pysyivät sisällöltään samana, mutta niiden sanamuotoja muutettiin siten että kysymykset olivat helpommin ymmärrettävissä.

Haastattelut tehtiin kotihoidon toimistolla. Haastattelutilana oli päivästä riippuen joko toimistohuone tai taukokuone. Huoneessa oli haastattelun aikana yksi haastateltava ja toinen opinnäytetyön tekijöistä, jonka tehtävänä oli haastatella tiedonantajaa. Aineisto tallennettiin nauhurilla. Jokaiseen haastattelun oli varattu aikaa yksi tunti, mutta haastattelut kestivät keskimäärin noin puoli tuntia.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Laadullisen tutkimuksen yleisin analyysimenetelmä on sisällönanalyysi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Sisällöllä tarkoitetaan tässä tapauksessa kuullun, kirjoitetun tai nähdyn aineiston analyysia (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91). Tavoitteena sisällönanalyysissa on aiheen mahdollisimman kattava mutta tiivis esilletuonti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan menetelmää, jossa tulokset eritellään ja niitä tarkastellaan etsien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2015). Tutkijalla ei tällöin ole valmiina vastauksia, joille hän haluaa varmistuksen, vaan hän tekee päätelmät saamiensa tulosten perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2010, 136).

Laadullisessa tutkimuksessa, joka suoritetaan haastattelemalla, ei analyysivaihetta voi erottaa selkeästi yhdeksi omaksi vaiheekseen, vaan analyysia tapahtuu koko tutkimuksen ajan. Varsinainen analyysi aloitetaan litteroinnin jälkeen. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelujen purkamista sanasta sanaan tai teemoittain. (Hirsjärvi ym. 2004, 210-211.) Tässä opinnäytetyössä haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin samana päivänä haastattelujen jälkeen.

Litteroidut haastattelut tulostettiin paperiversioksi. Litteroitua tekstiä oli yhteensä 59 sivua (fontti Arial, fonttikoko 12, riviväli 1,5). Aloimme etsiä tekstistämme parhaiten tutkimuskysymyksiimme vastaavia sitaatteja, jotka yliviivasimme punaisella tussilla. Etsimme vastauksia liittyen asiakkaan voinnissa tapahtuneisiin muutoksiin, hoitajien kokemuksiin hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Löydettyjä sitaatteja oli yhteensä kaksitoista sivua. Nämä sitaatit pelkistimme yksinkertaisempaan muotoon.

Kun alkuperäiset vastaukset on saatu pelkistettyä ja jaoteltua yhtäläisten ilmaisujen mukaan ryhmiin, luodaan alakategoriat. Alakategoriat jaotellaan edelleen yläkategorioiksi ja yläkategoriat pääkategorioiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169-170.) Vaihe on tutkijalle kriittinen, sillä hänen

tulee päättää mitkä materiaalit kuuluvat samaan tai eri kategoriaan ja mitkä vastaukset vastaavat parhaiten tutkimuskysymykseen (Sarajärvi & Tuomi 2009, 101). Tämän vaiheen teimme manuaalisesti tulostaen kaikki pelkistetyt ilmaukset paperille ja leikkaamalla ne erilleen. Jaoimme pelkistykset kirjekuoriin, jotka vastasivat alakategorioita. Alakategorioiden muodostumisen jälkeen loimme yläkategoriat, jotka kirjoitimme kirjekuorien yläreunaan. Kirjekuoret ryhmittelimme edelleen pääkategorioihin. Esimerkki luokittelusta (liite 6) on liitteessä 6 .

6 Tulokset

6.1 Hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista

Hoidon tarpeen arvioinnista on monenlaisia kokemuksia. Sitä pidetään osittain itsestään selvänä ja helppona, mutta myös ajoittain hyvin haastavana. Arviointi helpottuu työkokemuksen kautta saadulla varmuudella ja tietotaidolla. Sairaanhoidajat kokevat hoidon tarpeen arvioinnin luonnollisena osana työtään. Se kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan jokaisella sektorilla. Koska kotihoidossa työskennellään yleensä yksin, voinnin seurannan merkitys korostuu. Jokaisella käynnillä hoitaja huomioi asiakkaan vointia ja tällä tavoin tekee hoidon tarpeen arviointia asiakkaan senhetkisestä tilasta. Työn alkupuolella hoidon tarpeen arviointi on vaikeaa, mutta työkokemuksen myötä näkemys karttuu ja arvioinnin tekeminen helpottuu. Hoidon tarpeen arviointi ja voinnin seuranta kotona on lisääntynyt viime vuosina. Samalla myös asiakkaiden sairaudet ja tilanteet ovat muuttuneet haastavammiksi.

"...alussa koin hirmu vaikeena kun tulin tähän työhön. Ensimmäinen se soittaminen hätäkeskukseen, niin se jotenkin niin pelotti, että tuota teinkö niinku turhan ja ajattelin sitä, että mitäs ne ajattelee siellä päivystyksessä, kun mä laitan tän ihmisen eteenpäin..."

Kotikäynneillä hoitaja arvioi asiakkaan vointia aiempaan vointiin. Muutos voinnissa kiinnittää hoitajan huomion, jolloin hän alkaa miettiä, olisiko

asiakkaalla tarvetta päivystyskäynnille. Yleisin havaittava muutos asiakkaan voinnissa on toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen. Tämä ilmenee vaikeutena selviytyä esimerkiksi aamutoimista, jalattomuutena sekä äkillisesti alkaneena sekavuutena. Asiakas, joka on ennen itsenäisesti kyennyt selviytymään aamutoimistaan, ei enää pääse sängystä ylös. Muita muutoksia ovat äkillisesti alkaneet kiputilat, kaatuminen, tajunnantason muutokset, syömättömyys, juomattomuus, verensokerin lasku tai nousu, ripulointi ja oksentelu. Toisinaan hoitajan huomion herättävä muutos voi löytyä myös laboratorikoetuloksista normaalia korkeampana tulehdusarvona tai muina poikkeavina löydöksinä.

”jos on ihminen niinku jalaton, että se ei pysy niinkö pystyssä eikä sitä voi hetkekskään sinne kottiin jättää, nii se sillon laitetaan etteenpäin”

Voinnin muututtua äkillisesti asiakkaalta mitataan verenpaine ja pulssi sekä verensokeri. Hoitajilla ei ole yleensä mittareita mukana, joten jos asiakkaalla itsellään ei ole mittareita käytössä, ei mittauksia voi tehdä. Happisaturaatiomittareita kotihoidossa on käytössä niukasti, joten niitä myös käytetään vähän. Virtsa tutkitaan multisticksillä, josta voidaan havaita mahdollisia infektion merkkejä. Jos multistickissa näkyy infekioon sopivia muutoksia, virtsasta otetaan näyte, joka laitetaan eteenpäin tutkittavaksi. Toimintakykyä tutkitaan arvioimalla asiakkaan ylösnousu- ja laskukykyä sekä jalkojen kantavuutta. Muuttuneessa tilanteessa ihoa tarkkaillaan huomioimalla väriä, lämpötilaa ja mahdollista hikisyyttä tai kuivuutta. Jos asiakas on kaatunut, tarkistetaan, onko hänellä näkyviä vammoja havaittavissa. Neurologista kohtausta epäillessä tarkistetaan puristusvoimat ja mahdolliset puolierot. Hoitaja tarkkailee asiakkaan olemuksesta myös hengenahdistuksen esiintymistä. Jos vointi heikentyy siten, että sitä kyetään seuraamaan kotona, voidaan kotona ottaa verikokeita, kuten perusverenkuva ja tulehdusarvo.

Haastattelu on oleellinen osa voinnin arviointia. Asiakkaan omia tuntemuksia voinnista sekä mahdollisia kipuja kysytään aktiivisesti. Kivusta kysytään kestoa, paikkaa ja laatua sekä asennon vaikutusta kipuun. Lisäksi kysytään mahdollinen otettu särkylääke ja sen vaikutus. Kaiken kaikkiaan asiakkaalta pyritään saamaan selville oireiden kesto sekä kuinka usein niitä esiintyy.

Asiakkaalta kysytään ruuan ja juoman maistumisesta ja mahdollisista muutoksista, kuten pahoinvoinnista, ruokailun yhteydessä.

Hoidon tarpeen arviointiin suoranaisesti liittyviä koulutuksia ei järjestetä kotihoidon hoitajille. Kaikki koulutus kuitenkin helpottaa jollakin tavoin hoidon tarpeen arviointia. Esimerkiksi somaattisen puolen sairauksiin liittyvistä koulutuksista, kuten sydänpotilaan tai diabeteksen hoitaminen, on hyötyä arviointia tehdessä, sillä koulutuksen kautta saa lisää tietoa sairauksista, ja tätä tietoa pystyy soveltamaan voinninmuutostilanteissa. Koulutuksiin on halukkuutta enemmän kuin on tarjontaa. Osalla työntekijöistä on kouluajoista pitkä aika, ja hoitajien mukaan säännöllinen koulutukseen osallistuminen tukisikin työntekijän ammatillista osaamista.

”.. mie ite en oo ollu, mutta on minun mielestä semmosia koulutuksia, et just semmoset äkilliset sairaskohtaukset tai sen tyyppisiä..”

Merkittävin **hoidon tarpeen arviointia helpottava tekijä** on asiakkaan tunteminen pitkältä ajanjaksolta. Tällöin muutokset huomataan hyvin herkästi ja niihin kyetään reagoimaan ajoissa. Toinen helpottava tekijä on selkeä oireenkuva esimerkiksi sydänkohtauksen yhteydessä, jolloin tilanteessa ei ole muuta vaihtoehtoa kuin ohjata potilas jatkohoitoon. Lisäksi mittauksen ja erilaisten tutkimusten tuloksissa havaittavat poikkeavuudet helpottavat hoitajaa tilanteen arvioimisessa. Tapaturmatilanteissa, jolloin hoitaja on läsnä asiakkaan luona tapaturman sattuessa, hoidon tarpeen arviointi on helppoa, koska hoitaja on tällöin nähnyt tapahtuneen. Työkokemus ja ammattitaito helpottavat hoidon tarpeen arviointia, sillä tällöin oma tietoisuus sairauksista ja niiden oirekuvasta on suurempi kuin uran alussa, jolloin omaan arviointikykyyn ei vielä luoteta niin paljoa. Kun hoitaja tunnistaa oireita ja osaa niiden perusteella arvioida, mistä on kyse, hoitajan on helpompi luottaa päätökseensä. Sairaanhoitajat kokevat omat taitonsa paremmiksi kuin lähihoitajat. Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen vaatii hoitajalta rohkeutta ottaa vastuu päätöksen teosta ja kantaa tehdyn päätöksen seuraukset. Toisinaan päätös voi olla väärä, mutta se kuuluu työhön ja asia on osattava käsitellä.

”... kun myö tunnettaan niinku suurinpiirtein asiakkaat ja sen heti kyllä huomaa kun mennee asiakkaan luokse että nyt ei oo kaikki kohillaan..”

Hoidon tarpeen arviointia hankaloittavat tekijät

Uusien asiakkaiden hoidon tarpeen arvioiminen on hankalampaa. Muistisairaahan hoidon tarpeen arviointi on erityisen haastavaa, sillä anamneesin saaminen on ajoittain jopa mahdotonta. Muistisairas asiakas kykenee harvoin paikallistamaan kipuaan tai kertomaan niiden kestosta tai voimakkuudesta. Lisäksi muistisairas ei välttämättä muista kaatuneensa ja saaneensa vammaa sitä kautta. Myös muista syistä johtuva sekavuus, kuten päihtymystila, infektiot tai psyykkiset sairaudet vaikeuttavat arvion tekoa. Tilanteissa, joissa ei ole selkeätä oirekuvaa tai tilanne on muutoin hyvin epäselvä, arvion tekeminen on myöskin hankalaa. Esimerkiksi tilanteessa, jossa asiakas kertoo kaatuneensa mutta mitään trauman merkkejä ei ole, on hoidon tarpeen arvion tekeminen hankalaa.

”..epämääräset jutut että valittaa et koskee johonnii eikä niin niin ne on sillee vaikee että arvioia että mikä tämä tilanne nyt on, että onko sen ihmisen hätäisyyttä tai sitä yksinäisyyttä tai kuoleman pelekkoo..”

6.2 Hoidon ohjaukseen vaikuttavat tekijät

Kotihoito pyrkii hoitamaan asiakasta kotona mahdollisimman pitkään ennen päivystykseen ohjaamista. Lähihoitajilla on etenkin iltaisin ja viikonloppuisin runsaasti asiakaspaikkoja käytävänä. **Kiireellä** ei kuitenkaan ole merkitystä hoidon ohjauksessa. Akuuttitilanteen tullessa kiire loppuu ja tilanteen selvittämiseksi otetaan sen vaatima aika. Tarvittaessa myöhempiä asiakaskäyntejä pystyy delegoimaan työkavereille. Tiimityön merkitys tällaisissa tilanteissa on tärkeää.

”..se kiire ei saa vaikuttaa. Se tilanne nyt on ja sen siitä tulevan kiireen kanssa on sitten vaan eletävä..”

Vuorokauden ajalla on vaikutusta asiakkaan voinnin seurantaan. Potilaan voinnin muutosten tullessa aamulla häntä pystytään seuraamaan paremmin. Kun asiakkaan voinnin muutos on huomattu aamulla, saa hoidon tarpeen arviointiin helpommin myös toisen työkaverin näkemyksen, sillä aamulla ja illalla eri hoitaja käy asiakkaan luona. Tällöin työntekijät pystyvät keskenään keskustelemaan ja yhdessä miettimään asiakkaan vointia. Iltavuorolle ei mielellään jätetä ylimääräisiä asiakkaita seurattavaksi. Hyvin harvalla asiakkaalla on säännöllinen yöhoito. Tästä syystä joissain tapauksissa potilaita ohjataan illalla helpommin päivystykseen, koska yö on pitkä aika olla pelkän turvpuhelimen varassa, jos vointi on heikompi. Joissain tapauksissa kuitenkin odotetaan aamuun asti, jolloin päivystyksessä yleensä on vähemmän ruuhkaa.

”..aamusta pystyy kahtommaan että tuota onko sitä tarves nyt laittaa mutta illas jos on niin sillonhan ei yötä vasten uskalla jättee..”

Voinnin tehostettuun seurantaan on lähes aina mahdollisuus. Ylimääräinen käynti pystytään sopimaan samalle päivälle. Asiakkaan tulee olla kuitenkin siinä kunnossa, ettei ole syytä olettaa hänen vointinsa romahtavan muutamassa tunnissa. Asiakkaan voinnin seuranta onnistuu myös öisin, sillä säännöllisessä kotihoidon asiakkuudessa olevalle henkilölle voidaan työviestillä pyytää ylimääräinen yöpartion käynti. Esimerkiksi asiakkaan ollessa kuumeinen illalla ei häntä suinkaan sen vuoksi laiteta välttämättä päivystykseen, vaan pyydetään yöpartiota käymään asiakkaan luona arvioimassa tilannetta yöaikaan. Vuorokauden ajasta huolimatta asiakkaan hoidon jatkuvuus on aina turvattava.

Yleistilan laskujen yhteydessä asiakkaan vointia pystytään seuraamaan muutaman päivänkin ajan. Tällöin hänelle **tehdään myös tutkimuksia** (erilaiset laboratoriotutkimukset verestä ja virtsasta) ja seurataan, mihin suuntaan vointi lähtee muuttumaan. Tänä aikana pyritään löytämään kotona hoidettava syy voinnin heikkenemisen taustalta.

”..toki voidaan tehdä joku ylimääräinen käynti mut sit pitää miettiä riittääkö se..”

Monet **asiakkaat suhtautuvat päivystykseen hakeutumiseen** kielteisesti. Taustalla ovat yleensä periaatteet, huonot kokemukset päivystys- tai osastohoidosta tai ymmärtämättömyys. Suurimmasta osasta näitä tilanteita selvittää puhumalla, mutta asiakkaan kieltäytyessä hyvin jyrkästi jatkohoitoon lähdistä tilanteet saattavat olla hyvinkin haastavia.

Jos asiakas itse kokee voinnin sellaiseksi, että voisi vielä pärjätä kotona, mutta hoitaja on sitä mieltä, että on syytä lähteä päivystykseen, hoitaja joutuu käyttämään ammattitaitoaan ja paljon perusteluja saadakseen asiakkaan ymmärtämään tilanteen. Esimerkiksi jos muistisairaalla asiakkaalla on kuumetta ja hän on pidempään ollut huonovointinen ja alkaa selvästi kuivua, kun ei muista syödä ja juoda riittävästi, hoitaja joutuu perustelemaan jatkohoitoon lähtöä enemmän kuin selvässä sairaskohtauksessa. Tällaisessa tilanteessa kuitenkin ajoissa jatkohoitoon ohjaaminen on tärkeää, ettei asiakas pääse kuivumaan liikaa ja tätä kautta vointi menemään vielä huonommaksi. Vastaan voi myös tulla tilanteita, joissa joudutaan turvautumaan jopa poliisin virka-apuun. Asiakkaan mielipide otetaan aina huomioon päätöstä tehtäessä. Kuitenkin selkeissä sairaskohtaustilanteissa ambulanssi soitetaan myös tahdonvastaisesti.

”.. se on niin henkilökohtasta, miten se asiakas ymmärtää sen oman tilanteen tai minkälaisia kokemuksia hänellä on ollut niistä edellisistä sairaalassaolojaksoista ja päivystyksestä.”

Kotihoidon asiakkaista osa **käyttää päivystyspalveluita runsaasti** ja vääristä syistä. Yleensä taustalla on psyykinen sairaus tai muu henkinen hätä, jonka vuoksi potilaalla on runsaasti psykosomaattisia oireita. Nämä asiakkaat hakeutuvat itse päivystyspalveluihin tai hoitajan läsnä ollessa oireilevat siten että hoidon tarpeen arviointi on hyvin haastavaa.

”..osahan vetää tätä rallia ihan koko ajan. Ei niitä vaan saa kuriin. Ne hakeutuu itse, niillon joku syy, usein se on muistisairaus tai muu psyykepuolen proplematiikka..”

Päivystykseen lähtöön suhtautumiseen vaikuttaa myös **asiakkaan luonne**. Jos asiakas on perusluonteeltaan rauhallinen, hän ei hätäänny siitä, että joutuu nyt lähtemään kotoa. Helposti hätääntyvillä asiakkailla voi olla paniikki päivystykseen menosta. Usein asiakas kokee päivystykseen lähdön säikäyttävänä tilanteena. Moni vanhus toivoo, että joku voisi lähteä hänen mukaansa, mutta tämä ei kotihoidon resursseilla yleensä ole mahdollista. Lähdön hetkellä asiakkailla käyvät myös mielessä omaiset ja heille tilanteesta tiedottaminen.

Pääosin yhteistyö **omaisten** kanssa sujuu hyvin. Joskus omaiset voivat olla yhteydessä kotihoitoon läheisensä muuttuneen voinnin vuoksi ja pyytävät hoitajaa seuraamaan tätä uutta oiretta tai voinnin heikkenemistä tarkemmin. Päivystyspalveluihin hakeutuessa omaiset yleensä luottavat terveydenhuollon ammattilaisen tekemään arvioon. Ristiriitatilanteita, joissa omaisen ja hoitajan mielipiteet eroavat suuresti, on harvoin. Tilanteet, joissa omainen kieltää ohjaamasta potilasta päivystykseen, koetaan haastaviksi. Yleensä näiden tilanteiden taustalla ovat aiemmat huonot kokemukset päivystys- tai osastohoidosta, rahattomuus tai ymmärtämättömyys. Jos keskustelulla ei päästä yhteisymmärrykseen, hoitajat luottavat ammattitaitoonsa ja ohjaavat potilaan omaisen mielipiteestä huolimatta päivystykseen.

Tilanteissa, joissa omainen vaatii päivystykseen ohjaamista mutta hoitajan mielestä tälle ei ole tarvetta, hoitaja yleensä kehoittaa omaista itseään viemään potilaan jatkohoitoon. Tällaisessa tilanteessa hoitaja ei kuitenkaan välttämättä uskalla ottaa vastuuta siitä, ettei ole ohjannut asiakasta omaisen toivomuksen mukaisesti hoitoon, ja saattaa varmuuden vuoksi tilata ambulanssin vaikka itse kokee, ettei sille ole tarvetta. Asiakkaalle voidaan myös yrittää saada aikaa terveysaseman vastaanotolle tai yritetään järjestää kotihoidon lääkärin kotikäynti, jolloin päivystyskäynniltä vältytään.

Omaisen läsnäolo voi helpottaa hoidon ohjausta, jos asiakas ei ole halukas lähtemään päivystykseen tai on kovin pelokas. Tällöin omainen voi kannustaa ja tukea asiakasta, ja yhdessä hoitajan kanssa perustella, minkä vuoksi hoitoon lähteminen on erityisen tärkeää. Omainen voi myös lähteä asiakkaan kanssa

päivystykseen, jolloin asiakkaan ei tarvitse jännittää sitä, kuinka selviää yksin siellä. Jos hoidon tarve ei vaadi ambulanssin kutsumista, voi omainen myös toisinaan kyyditä asiakkaan päivystykseen.

”..joskus tulee tilanteita joissa me ollaan erimieltä.. ehkä sitä sitten kuitenkin vaan luottaa siihen omaan ammattitaitoonsa..”

Lähihoitajat soittavat ambulanssin useasti niissä tilanteissa, joissa itse ovat epävarmoja. Toimintatapaa käytetään, koska vastuu halutaan siirtää eteenpäin. Lähihoitajat konsultoivat myös tiimin sairaanhoitajia virka-aikana. Sairanhoitajat taas konsultoivat lääkäreitä.

”...sithän se on heiän vastuulla et mitenkä, jättääkö hyö sen kottiin vai ottaako mukkaan.. mut en ainakaan omalle vastuulle halua sitä..”

Kotihoidossa sairaanhoitaja on paikalla vain virka-aikaan. Virka-ajan ulkopuolella iltaisin ja viikonloppuisin kotihoidon lähihoitajat voivat epävarmoissa tilanteissa konsultoida kotisairaala, jossa ovat joka päivä sairaanhoitajat aamu- ja iltavuoroissa. Myös päivystykseen on mahdollista soittaa ja kysyä mielipidettä siitä, kannattaako asiakasta ohjata sinne.

Yksi työntekoa hankaloittava tekijä on heikko yhteistyö eri hoitotahojen kanssa. **Ambulanssin henkilökunta** ei luota kaikissa tilanteissa kotihoidon henkilökunnan tekemään arvioon. Yleensä ristiriitoja tulee tilanteissa, kun ambulanssi tilataan asiakkaalle, jolla ei ole muita selkeitä oireita kuin toimintakyvyn heikkeneminen. Osa kotihoidon hoitajista ei kehtaa soittaa ambulanssia, koska yleensä asiakas jää kuitenkin kotiin.

”....ambulanssimiehet vois vähän herkemmin ottaa. ei se aina ihan toimi niinkun myö halutaan..”

Liian **nopea vuodeosastolta kotiutuminen** aiheuttaa lisääntyntä päivystyspalveluiden käyttöä. Tilanteita, joissa asiakas joudutaan laittamaan kotitutumispäivän iltana tai seuraavana aamuna jälleen päivystykseen, sattuu

suhteellisen usein. Lisäksi osastolta kotiutetaan potilaita, jotka eivät ole enää kotikuntoisia.

”..selkeesti semmosia asiakkaita jotka on niin huonokuntosia, ne ei oo käytännössä kotikuntosia, mutta ne vaan toistuvasti tungetaan vuodeosastolta kotiin..”

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön mukaan yleisin päivystykseen laiton syy on yleistilan lasku. Yleistilan lasku ilmenee asiakkaan toimintakyvyn heikentymisenä. Muita syitä ovat kaatumiset, erilaiset kiputilat, sydänoireilu, poikkeavat verensokeriarvot ja ravitsemustilan heikentyminen. Irma Heiskanen-Haaralan (2009) artikkelin mukaan yleistilan lasku on yleisin syy vanhuksen päivystykseen tulolle. Myös Bingisserin ym. (2014) tutkimuksessa kerrotaan päivystykseen tulevan vanhuksia yhä enenevässä määrin epäselvällä oireenkuvalla, jossa asiakkaan toimintakyky on alkanut heikentyä.

Tämän opinnäytetyön mukaan hoidon tarpeen arviointi kuuluu keskeisenä osa-alueena hoitajan työhön. Kotona asuvien vanhusten kunto on koko ajan mennyt huonommaksi, ja tämä on lisännyt hoidon tarpeen arviointia kotihoidossa. Kihlgren ym. (2003) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokevat työn muuttuneen haastavammaksi vuosien aikana. Aiemmin työnkuva on ollut enemmän sosiaalityön näkökulmasta, kun nykyään se on muuttunut enemmän kliiniseksi ja joutuu ajattelemaan asioita hoitotyön näkökulmasta. Sairaalapaikkojen vähennyksien jälkeen asiakkaat ovat huonokuntoisempia. Lisäksi nykyään vaaditaan enemmän teknologista osaamista. Tutkimuksen hoitajat kokevat suurta tarvetta lisäkoulutukselle työn vaativuuden kasvettua. (Kihlgren ym. 2003.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitajat kokivat lisäkoulutuksen tarpeellisenä.

Kokemukset hoidon tarpeen arvioinnista ovat vaihtelevia. Osa hoitajista kokee sen olevan helppoa, kun taas osan mielestä se on haastavaa. Tilanne vaikuttaakin paljon siihen, millaiseksi hoitaja hoidon tarpeen arvioinnin kokee. Haastattelujen mukaan kaikkein eniten hoidon tarpeen arviointia helpottaa asiakkaan tunteminen. Muita helpottavia tekijöitä ovat selkeät oireet, hoitajan paikalla olo tilanteen muuttuessa, työkokemus ja ammattitaito. Myös Kihlgrenin ym. (2003) ja Kihlgrenin ym. (2014) tutkimusten mukaan tuttu asiakas sekä helppo pääsy hänen potilastietoihinsa ja hyvät kirjaukset helpottavat hoidon tarpeen arviointia. Myös Outilan ym. (2014) artikkelissa korostetaan asiakkaan tuntemisen merkitystä. Tällöin vuorovaikutus on luontevaa ja voinnin muutokset huomaa helpommin kun on vertailukohtaa. Lisäksi Kihlgrenin ym. (2003) mukaan ammattitaito ja hyvä tietopohja helpottavat päätöksen tekoa.

Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavia tekijöitä ovat tuntematon asiakas, asiakkaan muistisairaus, epäselvät oireet ja iän mukana tulleet muutokset esimerkiksi liikkumisessa ja puheen tuottamisessa. Kihlgrenin ym. (2014) tutkimuksessa hoitajat kokevat akuuttitilanteiden lisääntyneen työssään, sillä asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia. Työn osaamisvaatimukset ovat jo ennestään korkealla, ja epäselvät oireet sekä liian monesta vanhuksesta vastaaminen ja yhteydenotot omaisten kanssa tekevät hoitajan työstä vaikeampaa.

Tämän opinnäytetyön mukaan tiimityö koetaan tärkeänä. Muuttuneessa tilanteessa tulee voida delegoida muita käyntejä työkavereille. Hoidon tarpeen arviointiin halutaan usein tukea. Hoitajan ollessa epävarma hän soittaa paikalle ambulanssin tai konsultoi muuta tahoa. Myös Kihlgrenin ym. tutkimuksissa (2003, 2014) tulee ilmi hyvän työilmapiirin tärkeys muuttuneissa tilanteissa. Molemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat tuoneet esille myös sen, että tarvitsevat kollegiaalista tukea esimerkiksi työkavereilta tai lääkäriltä. Vastuun ottaminen yksin koetaan pelottavana.

Asiakkaan ja omaisen mielipide huomioidaan päivystykseen lähettämispäätöstä tehdessä. Hoitajan toiminnasta silloin, kun asiakkaan tai omaisen mielipide eroaa omasta mielipiteestä, tuli eriäviä vastauksia. Jos hoitaja näkee selvästi,

että tarvitaan jatkohoitoa, hän laittaa asiakkaan päivystykseen, vaikka omainen tai asiakas ei ole sitä mieltä. Jos hoitajan mielestä jatkohoidon tarvetta ei ole, hän saattaisi silti tilata tilanteeseen ambulanssin omaisen toiveen mukaan. Kihlgrenin ym. 2003 asiakkaan ja omaisen mielipiteellä on suuri merkitys päätöstä tehtäessä. Kihlgrenin ym. (2003) tutkimukseen oli haastateltu myös kahta lääkäriä. Lääkärit toivoivat, että asiakkaille olisi etukäteen tehty kirjallinen suunnitelma, kuinka toimitaan muuttuneissa tilanteissa. Tällöin välttyttäisiin ristiriidoilta eriävien mielipiteiden ilmetessä. Joskus esimerkiksi asiakas on eri mieltä kuin omainen.

Yhteistyö muiden tahojen kanssa koetaan joskus vaikeana. On ollut aikoja, jolloin hoitajat kokevat, että esimerkiksi ambulanssin henkilökunta ei luota heidän sanaansa. Joskus hoitajia mietityttää, mitä päivystyksen tai ambulanssin henkilökunta ajattelee, jos he laittavat asiakkaan eteenpäin. Vuodeosastolta kotiutetaan toisinaan sellaisia asiakkaita, jotka eivät ole kotikuntoisia ja joutuvat melkein heti takaisin sairaalaan. Kihlgrenin ym. (2014) tutkimuksen mukaan hoitajat ovat toisinaan kokeneet yhteistyökumppaneiden aliarvioivan heidän osaamistaan.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen eettiset arvot voidaan määritellä Tuomen ja Sarajärven (2009, 125) mukaan viiden tutkimuskysymyksen mukaan: millaista on hyvä tutkimus, onko tiedon jano hyväksyttävää, miten tutkimusaiheet valitaan, millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella ja millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Näiden kaikkia koskevien eettisten kysymysten pohjalta myös hoitotieteen tutkimukselle on muotoutunut omat eettiset arvot (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Tässä tutkimuksessa tutkimusaihe on valittu tekijöiden aiemman työkokemuksen ja mielenkiinnon perusteella. Tutkimusta tehdessä on kuitenkin kiinnitetty huomiota siihen, etteivät tekijöiden omat mielipiteet aiheesta vaikuta tutkimustuloksiin. Aiheen ajankohtaisuus vaikutti myös aiheen valintaan. Tutkimusta tehdessä ei ole ollut ennakko-olettamuksia, vaan haastatteluissa on

käytetty mahdollisimman avoimia kysymyksiä ja pyritty saamaan kattavia vastauksia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kyseenalaistetaan usein siitä syystä, että tutkija tekee työtään yksin. Tällöin hän voi tulla ”sokeaksi” omalle tekstilleen, ja lisäksi tutkijan omat mielipiteet voivat ohjailta tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Tässä opinnäytetyössä tekijöitä oli kaksi. Lisäksi koko prosessin ajan työtä arvioitiin vertaisarvioitsijoiden sekä opinnäytetyönohjaajien kanssa.

Luotettavuutta voidaan mitata arvioimalla sen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Tulosten luotettavuutta lisää se, että kaikki löytämämme vertailututkimukset antoivat samansuuntaisia vastauksia, mitä olimme itsekkin saaneet. Lisäksi tulokset vastasivat tutkimustehtäviimme.

Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo se, kuinka tarkasti tutkija on prosessiaan kuvaillut. Mahdollisimman tarkka kuvaus prosessin eri vaiheista ja pienistäkin yksityiskohdista kertoo tutkimuksen olevan luotettava. (Hirsjärvi ym. 2004, 232.) Olemme kuvailleet prosessin eri vaiheet aiemmin työssämme, jolloin opinnäytetyö on siirrettävissä.

Opinnäytetyössä käytettiin vain luotettavaksi arvioituja lähteitä teoriapohjana. Työssä on käytetty yksittäisiä sekundaarilähteitä. Niiden käyttö on kuitenkin perusteltua, sillä alkuperäislähteitä ei ollut mahdollista saada näillä aika- ja raharesursseilla. Sekundaarilähteet on merkitty lähdeluetteloon opinnäytetyönohjeiden mukaisesti. Lisäksi olemme käyttäneet uutisia lähteinä, mutta vain pohdinnassa. Mielestämme näiden käyttö on perusteltua, koska emme ottaneet uutisista saatua tietoa teoriapohjaamme ja ne liittyvät ajankohtaisesti aiheeseemme. Opinnäytetyö tehtiin kotihoidosta, päivystyksestä, hoidon tarpeen arvioinnista sekä hoidon ohjauksesta kertovan teorian pohjalta. Prosessi on kuvattu tarkasti. Opinnäytetyö löytyy Theseuksesta ja on kaikkien saatavilla.

Hoitotieteen tutkimuksen tulee olla tutkittavia kunnioittava ja yhteiskunnallisesti hyödyllinen. Siihen osallistuvien henkilöiden tulee olla mukana omasta vapaasta tahdostaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tässä työssä käsiteltävä aihe on ajankohtainen ikääntyvien määrän ja heidän päivystyskäyntiensä lisääntyessä. Haastateltavia etsiessä pyrimme löytämään vapaaehtoisia. Osa haastateltavista ilmaisi haastattelutilanteessa, että osallistui tutkimukseen esimiehen pyynnöstä. Tämä herätti ajatuksen siitä, ovatko kaikki osallistuneet vapaaehtoisia vai osallistuvatko he vain sen takia, etteivät kehdanneet kieltäytyä. Kaikille haastateltaville kuitenkin kerrottiin ennen haastattelun aloittamista vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta päättää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Jokainen haastateltava allekirjoitti ennen haastattelun aloittamista suostumuslomakkeen. Olemme kuitenkin pohtineet, vähensikö tämä tutkimuksen luotettavuutta. Uskomme, että jos haastateltavat olisivat valikoituneet täysin vapaaehtoisuuden perusteella, olisimme voineet saada vieläkin kattavampia vastauksia. Lisäksi osa haastateltavista jännitti tilannetta ja erityisesti nauhuria, ja vastaukset jäivät melko lyhyiksi. Mahdollinen kysymysten antaminen haastateltaville etukäteen olisi voinut edesauttaa saamaan kattavampia vastauksia.

7.3 Pohdinta opinnäytetyöstä

Tuloksissa korostettiin asiakkaan tuntemisen merkitystä. Kun kotihoidon toimintaa muutetaan koko ajan kustannustehokkaammaksi ja aikataulu on tiukka, asiakkaisiin ei ehdi tutustua samalla lailla kuin ennen. Jokainen hoitosuhde pohjautuu luottamukseen. Kun asiakkaat eivät tunne hoitajiaan, he miettivät sanomisiaan tarkemmin. Jos asiakkaan luona käy vieras hoitaja viiden minuutin ajan, hän ei välttämättä kerro tälle asioita, jotka saattaisi tulla hoitajalle kertoa. Tällöin voi olla mahdollista, että asiakas ei kerro esimerkiksi alkavan virtsatieinfektion oireista, jolloin infektio kerkeää edetä munuaisiin asti aiheuttaen yleistilan laskun, joka saattaa vaatia sairaalahoitoa. Lisäksi alati vaihtuva henkilöstö vähentää mahdollisuutta tutustua asiakkaisiin kunnolla. Tämä voi olla osasy siihen, miksi välillä kotihoidon hoitajat ohjaavat asiakkaita pienin perustein päivystykseen.

Uskomme, että selkeät säännöt kotihoidon, päivystyksen ja osaston välillä vähentäisivät turhia päivystyskäyntejä. Mitä paremmin eri hoitoinstanssien henkilökunta ymmärtää toistensa toimintatapoja ja resursseja, sitä helpompi arviota on tehdä. Suuri ongelma on myös huonokuntoisten asiakkaiden kotiuttaminen. Tammikuussa 2015 uutisoitiin Helsingin alueen ”ambulanssirallista”. HUSin ensihoidon ylilääkäri kertoi iäkkäiden henkilöiden ambulanssikyytien kasvaneen muutamassa vuodessa jopa 12 %. Yleensä lähettäjänä oli kotihoidon hoitaja. Luvut selittyvät varmasti osittain iäkkäiden määrän kasvulla, mutta parhaimmissa tapauksissa samaa henkilöä kyydittiin kodin ja päivystyksen välillä kolme kertaa päivässä. (Kantomaa 2015.) Emme usko, että Joensuun alueella tilanne on näin kaoottinen, mutta on totta, että samoilla henkilöillä on runsaasti päivystyskäyntejä ja lyhyitä osastojaksoja.

Kummallakin tämän työn tekijöistä on kokemusta sekä kotihoidosta että osastotyöstä. Tämä opinnäytetyö on mielestämme tuonut arvokasta kokemusta ja antanut ymmärrystä molempia tahoja kohtaan. Ymmärrys helpottaa huomattavasti hoidon tarpeen arviointia kotihoidossa ja osastolla kotikuntoisuutta arvioitaessa. Mielestämme työnkierto kotihoidon ja osastojen välillä toisi näkemystä toisen työstä ja saattaisi vähentää ristiriitoja.

Opinnäytetyön aihe valittiin tekijöiden aiemman työkokemuksen sekä sopivan toimeksiannon löytymisen vuoksi. Aikataulu laadittiin heti aiheen valinnan jälkeen ja tutkimus saatiin tehtyä ajallaan. Työn tekoon varattiin yhteensä kaksi lukukautta. Työtä tehtiin haastatteluja lukuun ottamatta aina parina.

Haasteiksi nousi aiheesta aiempien tutkimusten löytyminen. Lopulta sopivia tutkimuksia löytyi, mutta ne eivät olleet saatavilla. Tutkimukset kuitenkin lopulta saatiin ja työ valmistui. Työtä helpotti parityöskentely. Motivaation löytyminen oli ajoittain haastavaa, ja yksin työskennellessä aikataulussa ei välttämättä olisi pysytty yhtä hyvin.

Työ kehitti tiedonhakutaitoja sekä tekemään pitkäkestoista projektia. Itse tutkimuksesta saatiin arvokasta näkemystä jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa työelämässä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys

Johtopäätöksenä voisi sanoa hoidon tarpeen arvioinnin kehittyvän työkokemuksen karttuessa. Asiakkaan kotikuntoisuutta arvioitaessa hoitajan tieto-taitojen tulee olla ajantasalla. Lisäksi on tärkeää, että hoitaja kokee luottavansa omaan ammattitaitoonsa, jotta hän kykenee tekemään tilanteessa ratkaisun. Kihlgrenin ym. (2003 & 2014) tutkimuksissa korostettiin hoitajan ammatillisuuden ja itseensä luottamisen tärkeyttä päätöksenteossa.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä kvantitatiivisen tutkimuksen potilaan jatkohoidosta. Tässä voitaisiin määritellä, kuinka paljon potilaita lähtee päivystyksestä takaisin kotiin, perusterveydenhuollon vuodeosastolle, erikoissairaanhoidon tai kuolee. Kvantitatiivisesti voisi myös selvittää, kuinka paljon samalle asiakkaalle tulee päivystyskäyntejä, ja mikä niiden taustalla on. Lisäksi voisi tehdä jatkotutkimuksen kuinka hoidon tarpeen arviointi ja hoidon ohjaus eroaa haja-asutusalueilla ja keskustassa asuvien asiakkaiden välillä. Voisi myös tutkia, lisääkö lisäkoulutus hoitajan itsevarmuutta päätöksen teossa. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää miettiessä kotihoidon henkilöstön koulutustarvetta. Lisäksi se voi toimia apuna eri tahojen yhteistyötä kehittäessä.

Lähteet

- Aalto, S., Castren, M., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: Wsoy.
- Ahonen, P., Lamminmäki, S., Suoheimo, M., Suokas, M. & Virtanen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes.
- Bingisser, R., Blume, K., Graber, A., Gujan, M., Messmer, A.-S., Misch, F. & Nickel CH. 2014. Impact of Observation on Disposition of Elderly Patients Presenting to Emergency Departments with Non-Specific Complaints. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037184/>. 11.9.2014.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Finnish consulting group. 2014. Mikä on RAVA-mittari. <http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>. 22.10.2014.
- Heinonen, P., Jartti, L., Seppälä, M. & Upmeier, E. 2011. Vanhus - Päivystyksen suurkuluttajako?. Suomen Lääkärilehti 66 (40), 2968 - 2970.
- Heiskanen-Haarala, I. 2009. Vanhus ei voi odottaa hoitoa pitkään. Sairaanhoitajalehti 82 (9), 6-9.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E.-R. 2013. Kehittyvä Kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.
- Joensuun kaupunki. 2014a. Kotihoidon toimipaikat. <http://www.joensuu.fi/kotihoidon-toimipaikat>. 22.10.2014.
- Joensuun kaupunki 2014b. Sosiaali- ja terveystalvutakunta. 2014. läkkäiden henkilöiden kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö Joensuussa, Kontiolahdella ja Outokummussa. <http://www.joensuu.fi/documents/11127/174101/Kotihoidon+my%C3%B6nt%C3%A4misen+perusteet/52107df2-87e9-408b-b542-f0567522d957>. 22.10.2014.
- Joensuun kaupunki. 2014c. Ensihoito ja päivystys. <http://www.joensuu.fi/ensiapu-ja-paivystys>. 22.10.2014.
- Joensuun kaupungin yhteistoiminta-alue. 2014. Yhteistoimintasopimus sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta Joensuun kaupungin yhteistoiminta-alueella. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Kontiolahti/kokous/2013407-4-1.PDF>. 22.10.2014.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kantomaa, R. 2015. Päivystyksestä lähetetään sairaalaan liian hyväkuntoisia potilaita. <http://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/paivystyksen-nakokulma-kotihoidosta-lahetetaan-sairaalaan-liian-hyvakuntoisia-potilaita/4844304>. MTV3. 22.4.2015.

- Kihlgren, AL., Fagerberg, I., Skovdahl, K. & Kihlgren, M. 2003. Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519247>. 29.4.2015.
- Kihlgren, A., Nilsson, M. & Sørli, V. 2004. Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0ce8ddc2-40da-47ae-ae50-120f57ac2781%40sessionmgr115&vid=1&hid=109>. 21.4.2015.
- Kihlgren, A., Sunvisson, H., Ziegert, K., Mamhidir, A-G. 2014. Referrals to Emergency Departments- The processes and factors that Influence decision-making among community nurses. <http://dc.doi.org/10.4236/ojn.2014.45042>. 21.4.2015.
- Koponen, L & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 10-15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 250-258.
- Luoma, M.L. & Kattainen, E. 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R.(toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes. 18-21.
- Mikkelin seudun sote. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. <http://www.mikkelinseutusote.fi/index.php/hoito-ja-hoivatakuu/hoidon-tarpeen-arviointi>. 17.4.2015.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja. 79 (10), 3.
- Outila, M., Jumisko, E. & Kettunen, R. 2014. Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma. Gerontologia. 29. (4),231-249.
- Pesonen, A. 2014. Opinnäytetyön materiaaleista. anni.pesonen@jns.fi. 10.10.2014.
- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. 2010. Older Patients in the Emergency Department: A Review. American College of Emergency Physicians. <http://nuhem.com/emlinks/LLSA%20Articles%202013/Older%20patients%20in%20the%20ED.pdf> . 11.9.2014.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Sotkanet. 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/7i3/113/3/3A/0/>. 24.10.2014.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2015. Sisällönanalyysi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html. 7.5.2015.

Liite 1. Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuu kaupunki / Hoito- ja hoivapalvelut <i>Sosiaali- ja terveyskeskus</i>
Toimeksiantajan edustaja:	Anni Pesonen <i>Kotihoitopalvelut</i>
Osoite:	Toni katu 18A 4 krs <i>Soiinujärvi</i>
Puhelinnumero:	050 342 5827
Sähköposti:	anni.pesonen@jms.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoidtaja : Hoitotyön ko.
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300184, 1300159 Marianne Savolainen, Elisa Pohjola
Puhelinnumero:	0407272443 (Marianne), 0443303533 (Elisa)
Sähköposti:	marianne.e.savolainen@edu.karelia.fi elisa.j.pohjola@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Kotihoitoasiakkaiden puvustuksen käyttö
Toteutusmuoto	Kuukautteen
Aikataulu	Syysk 2014 - keuhk 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Kaupungille ei aiheudu kustannuksia muutoin kuin työaikana

Toimeksiantajan sitoumukset	
Tarvittavien tilastojen ja tietojen toimittaminen sekä henkilökunnan informointi	

Opiskelijan sitoumukset	
Tarvittavat tutkimusluvut ja yhteistyön tekeminen	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Kirsi Varis

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
23.1.2015	Marianne Savolainen, Elisa Pohjola MARIANNE SAVOLAINEN, ELISA POHJOLA
Päiväys	Toimeksiantajan allekirjoitus ja nimenselvennys
3.9.2014	Anni Pesonen, kotihoitopalvelut Anni Pesonen, kotihoitopalvelut
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
23.1.15	Kirsi Varis KIRSI VARIS

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Hoidon tarve

1. Minkä asioiden takia yleensä ohjaat potilaan jatkohoitoon?
2. Millaiseksi koet hoidon tarpeen arvioinnin?
 - Mitkä seikat tekevät hoidon tarpeen arvioinnista haastavaa?
 - Kuinka työyksikössäsi järjestetään lisäkoulutusta?

Muutokset asiakkaan voinnissa

1. Mitkä asiakkaan voinnin muutokset vaikuttavat päivystykseen hakeutumiseen?
 - Pystytäänkö asiakkaan vointia yleensä seuraamaan, vai toimitetaanko hänet päivystykseen heti oireiden alettua?
2. Mitä tutkimuksia yleensä teet asiakkaalle ennen päivystykseen ohjaamista?

Mitkä tekijät vaikuttavat hoidon ohjaukseen

1. Kauanko sinulla on yleensä aikaa olla asiakkaan luona?
 - Kuinka kiire vaikuttaa päätöksen tekoon?
2. Ovatko asiakkaat halukkaita lähtemään päivystykseen?
3. Jos asiakkaalla on omaisia, vaikuttaako heidän mielipiteensä hoidon ohjaukseen?

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

Tiedote tutkimuksesta

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia AMK:sta. Teemme opinnäytetyötä päivystyspalveluiden käytöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaan kotona tapahtuvaa hoidon ohjausta ja siihen liittyviä tekijöitä kotihoidon vanhusasiakkaan päivystykseen hakeutuessa.. Toimeksiantajana on Joensuun kaupunki.

Aineisto kerätään teemahaastattelulla. Haastattelut käsittelevät hoidon ohjausta yleisesti sekä tekijöitä niiden tilanteiden taustalla, joissa potilaita ohjataan päivystykseen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on osallistujana oikeus peruuttaa tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelut tullaan tekemään tammi-helmikuussa Teille sopivana ajankohtana. Haastattelut tullaan tekemään työpaikallanne. Yhtä haastattelua kohti on varattu tunti aikaa. Haastattelutilanteessa paikalla on yksi haastattelija ja haastateltava. Haastattelut tullaan tekemään siten, ettei henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Nauhoitamme haastattelut helpottaaksemme aineiston analyysia. Nauhoitteet hävitetään heti työn valmistuttua.

Ystävällisin terveisin,

Elisa Pohjola ja Marianne Savolainen
sairaanhoitajaopiskelijat
STHnk13B Karelia AMK

Opinnäytetyön ohjaaja
Kirsi Varis
Kirsi.Varis@karelia.fi

Liite 4. Taustatietolomake

TAUSTATIEDOT

Ammatti:

Sairaanhoitaja —

Lähi-/perushoitaja —

Kodinhoitaja —

Muu, mikä ? _____

Työkokemus:

0-1v —

1-5v —

5-10v —

yli 10v —

Muu työkokemus hoitoalalta:

Liite 4. Taustatietolomake

Liite 5. Suostumuslomake

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Joensuun kotihoidon vanhusasiakkaiden hoidon ohjaus päivystyspalveluihin hakeutumisen yhteydessä

Joensuun kaupunki, Kotihoito, tutkimuksen toteuttajana Elisa Pohjola ja Marianne Savolainen

Olen osallisena tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää hoidon ohjaukseen liittyviä asioita niissä tilanteissa, kun asiakas ohjataan päivystykseen. Olen tietoinen siitä, että haastattelut äänitetään. Äänitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kaikki aineisto käsitellään nimettömänä. Olen lukenut minulle annetun tiedotteen tutkimuksesta ja ymmärtänyt lukemani. Haastattelutilanteen alussa olen saanut myös suullisen selvityksen haastattelun tarkoituksesta ja tietojen käsittelystä.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin peruuttaa osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Voin olla yhteydessä tutkimuksen tekijöihin minua askarruttavissa asioissa.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi kappaletta, yksi molemmille osapuolille.

Joensuussa _____/_____ 2015

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimen selvennys

Elisa Pohjola, sairaanhoitajaopiskelija

Karelia ammattikorkeakoulu

elisa.j.pohjola@edu.karelia.fi

044 330 3533

Marianne Savolainen, sairaanhoitajaopiskelija

Karelia ammattikorkeakoulu

marianne.e.savolainen@edu.karelia.fi

040 727 2443

Liite 5. **Suostumuslomake**

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄKATEGORIA
<i>eli se helpottaa mun päätöksentekoo kun mä tunnen ne asiakkaat, mä tiedän et se ei oo hänelle tavallista et hän käyttäytyy näin</i>	arvion tekoa helpottaa, kun tuntee asiakkaan ja tietää, mikä on asiakkaalle normaalia käytöstä	Tuttu asiakas	Helpottavat tekijät	Hoidon tarpeen arviointi
<i>heleottaa jos se että näkköö niinku suoralta käsin että mikä niiku vialla on.</i>	Selkeä oireenkuvaa helpottaa hoidon tarpeen arviointia.	Selkeät oireet		
<i>oma ammattitaito ja ammatillisuus, elikkä tiät että että tuota, niinku oireita, tunnistat oireita.. semmosta ammattitaitoo pitää olla, sitä näkemystä vähän niinku, että mistä joku voi johtuu..”</i>	Hoitajan ammattitaito ja tietämys eri sairauksista ja oireista ja kyky soveltaa näitä tietoja tilanteessa	Ammattitaito		
<i>työkokemusta on tullu nii koko ajan karttuu se tieto ja silmä, hoitosilmä</i>	Työkokemus lisää hoitajan tietoa ja osaamista.	Työkokemus		