



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ikääntyneiden potilaiden kotiutuksen tietojen kirjaaminen Riihimäen terveyskeskuksen päivystyksessä

Hattunen, Ari

Juutilainen, Janna-Mari

Riikonen, Annika

2015 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Ikääntyneiden potilaiden kotiutuksen tietojen kirjaaminen Riihimäen terveystieteiden päivystyksessä

Annika Riikonen
Ari Hattunen
Janna-Mari Juutilainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2015

Hattunen Ari & Juutilainen Janna-Mari & Riikonen Annika

Ikääntyneiden potilaiden kotiutuksen tietojen kirjaaminen Riihimäen terveyskeskuksen päivystyksessä

Vuosi 2015

Sivumäärä 87

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyvää kirjaamista Riihimäen terveyskeskuspäivystyksessä. Kohteeksi valittiin yleistilalaskupotilaat. Tavoitteena oli kuvata, millaisia asioita päivystyksen hoitohenkilökunta kirjaa ja millaisia asioita akuuttiosaston henkilökunta toivoo päivystyksessä kirjattavan. Työn tilaaja oli Riihimäen terveyskeskuspäivystys, jossa haluttiin selvittää, mitä asioita päivystyksen hoitajat selvittävät iäkkästä potilaasta hänen tullessaan päivystykseen ja mitä he kirjaavat potilaasta HOITO-lehdelle. Akuuttiosaston hoitohenkilökunnan toiveita päivystyksen kotiutukseen liittyvästä kirjaamisesta selvitettiin haastattelemalla.

Tutkimus tehtiin sekä määrällisellä että laadullisella tutkimusmenetelmällä. HOITO-lehdiltä selvitettiin, mitä ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyviä asioita oli kirjattu. Tulokset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Lisäksi teemahaastatteluilla selvitettiin hoitohenkilökunnan kirjaamista päivystyksessä ja akuuttiosaston hoitohenkilökunnan toiveita kirjaamisesta. Teemahaastattelut perustuivat ennalta kirjoitettuun teoriaan ja tulokset esitettiin sisällönanalyysinä käyttäen.

Keskeisimpänä tutkimustuloksena selvisi, että ikääntyneestä potilaasta kirjattiin usein tulosyys ja oireet. Tärkeinä asioina pidettiin lääkehoitoon, toimintakykyyn, kotiolosuhteisiin, tiedonkulkuun ja jatkohoitoon liittyviä kirjauksia, joita löytyi myös HOITO-lehdiltä. Akuuttiosaston toive oli, että fyysisen toimintakyvyn lisäksi potilaan hoitoon liittyvä tiedonkulku ja keskustelut omaisten kanssa on hyvä kirjata päivystyksessä. Toiveena oli, että kaikki selvitettyt tiedot kirjataan HOITO-lehdelle. Päivystystyössä keskitytään ensisijaisesti potilaan oireiden selvittämiseen sekä hoitamiseen. Oirekeskeisyys näkyy kirjaamisessa. Selkeä ja kattava kirjaaminen potilaan tilanteesta helpottaa hoitohenkilökunnan työtä akuuttiosastolla.

Asiasanat: kotiutus, ikääntynyt, kirjaaminen, terveyskeskuspäivystys

Hattunen Ari & Juutilainen Janna-Mari & Riikonen Annika

Recording of elderly patients discharge related information in an emergency at Riihimäki Health Centre

Year 2015 Pages 87

The purpose of this thesis was to find out what information about elderly patients is looked into when they have an emergency and come into Riihimäki Health Centre and what exact information is actually written down and mentioned in patient files about them, especially information which relates to their later discharge. The target group was elderly patients whom have some kind of decrease in their general condition and receive follow up treatment at health centres acute ward.

The idea of this study came from health centre's emergency unit where they wanted to know what kind of information nursing staff find out about elderly patients in an emergency, and which of these findings they mention in patient files. Another purpose of this thesis was to find out what kind of information health centre's nursing staff at an acute ward need, when elderly patients are coming from emergency to their care, so that they can then discharge these same patients successfully later.

The study was conducted by quantitative and qualitative research. In quantitative research the purpose was to examine the actual records of patient files and what kind of information nursing staff have written down about elderly patients, especially information which relates to their later discharge. The results were analyzed in the SPSS- statistics program. In qualitative research the purpose was to survey nursing staff involved with emergency situations and also from an acute ward. The meaning was to examine what kind of information nursing staff in an emergency situation say they mention in patient files and what information acute ward nurses would like there to be. Surveys were drawn up from actual theory about this subject and after surveys were performed, results were analyzed in more detail.

Results in the quantitative research show that the reason why elderly patients came to the emergency unit and their symptoms was often mentioned in studied patient files. Nursing staff at the emergency unit thought that medication, ability to function, home life, flow of information and patients follow up treatment are the most important issues to mention in patient files. Studied files generally included these things. Nursing staff at the acute ward thought that the physical ability to function, flow of information and also conversations with patient relatives should be mentioned in patient files. They also thought that any kind of relevant information should be written down. At the emergency unit they primarily focus on taking care of patients' symptoms and writing down all information related to these things. Although their work is busy, all details mentioned in patient files are valuable and help follow-up treatment. Clear and extensive information about patients' situations helps nursing staff to do their work at the acute ward.

Keywords: discharge, elderly, recording, emergency

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus	6
2	Riihimäen terveystieteiden päivystys ja akuuttiosasto.....	7
3	Potilaan hoito päivystyksessä	9
3.1	Terveystieteiden päivystyksen toiminta.....	9
3.2	Päivystyksen hoitoprosessi ja sen eteneminen.....	9
3.3	Hoidon tarpeen arviointi	13
3.4	Kirjaaminen osana hoitotyötä.....	15
3.5	Ikääntynyt päivystyksen potilaana	18
3.6	Potilaan ohjaus osana hoitotyötä	23
4	Ikääntyneen potilaan kotiutus	24
4.1	Kotiutuksen monimuotoisuus.....	26
4.2	Kotiutusperusteita	28
4.3	Kotiutuksen onnistuminen	30
4.4	Kotiutuksessa huomioitavia asioita	31
5	Tutkimuksen toteutus	39
5.1	Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat	39
5.2	Tutkimusmenetelmät	39
5.2.1	Määrällinen tutkimus	39
5.2.2	Laadullinen tutkimus	41
5.2.3	Tutkimuksen kohderyhmä.....	44
6	Tutkimustulokset.....	45
6.1	Kirjaamisen toteutuminen päivystyksessä	46
6.2	Kotiutukseen liittyvien tietojen kirjaaminen päivystyksessä.	56
6.3	Kirjaaminen akuuttiosaston näkökulmasta	61
7	Pohdinta	64
7.1	Luotettavuus ja eettisyys	64
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua	67
7.3	Kehittyminen asiantuntijuuteen.....	75
7.4	Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet.....	76
	Lähteet	77
	Kuviot	80
	Taulukot	81
	Liitteet.....	82

1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyvää kirjaamista Riihimäen seudun terveyskeskuksen päivystyksessä. Tavoitteena oli kuvata, millaisia asioita päivystyksen hoitohenkilökunnan mielestä on tärkeää selvittää ikääntyneestä potilaasta ja mitä asioita potilaista kirjataan HOITO-lehdille. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, millaisia asioita akuuttiosaston henkilökunta toivoo päivystyksessä kirjattavan, jotta potilaiden kotiutus onnistuisi tarkoituksenmukaisesti. Työn tilaaja on Riihimäen seudun terveyskeskuksen päivystys, jolle tehtiin tilannekarttoitus kotiutukseen liittyvästä kirjaamisesta ja sen toteutumisesta. Päivystys on toiminut uudistettuna muutaman vuoden ajan ja tilaaja haluaa saada selville erityisesti ikääntyneiden yleistilaskupotilaiden kotiutukseen liittyvän tiedon selvittämisen sekä kirjaamisen kokonaistilannetta potilaiden onnistuneen kotiutuksen näkökulmasta.

Aiheesta tutkimuksia ovat tehneet Laakkonen (2013) ja Ellala (2013). Nämä tutkimukset käsitelivät ikääntyneiden potilaiden kotiutuksen suunnittelua ja sen toteutumista sekä tiedonkulkua eri yksiköiden välillä. Laakkosen (2013) tutkimuksesta kävi ilmi, että kotiutusvaiheessa potilaan taustoihin tulee perehtyä paremmin ja potilasohjaukseen on kiinnitettävä enemmän huomiota samoin kuin potilaan kanssa keskusteluun kiireettömästi. Ellalan (2013) tutkimuksessa taas todettiin, että kotiutuksen suunnittelu yhdessä molempien osapuolten kanssa tuotti onnistuneemman kotiutuksen ja asiakasnäkökulma tuli huomioitua paremmin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä tietoja hoitohenkilökunta tarvitsee akuuttiosastolla kotiutusta suunniteltaessa ja mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä kirjata jo päivystyksessä potilaan onnistuneen kotiutuksen kannalta. Lisäksi selvitetään, minkälaisia asioita terveyskeskuksen päivystyksen hoitohenkilökunta kirjaa potilaan kotiutukseen liittyvistä asioista HOITO-lehdille ja mitä sen mielestä on tärkeää selvittää erityisesti ikääntyneestä potilaasta. Kirjaamisen osaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, ja sen pitää olla potilaslähtöistä. Eettinen kirjaaminen on luottamuksellista, ammattitaitoista, asiallista, kunnioittavaa, vastuullista ja potilaan tahdon huomioivaa. Arkaluontoisia asioita käsiteltäessä sairaanhoitaja ei saa käyttää asemaansa väärin. Kirjaamisessa tuotettava tieto tulee säilyttää asiallisesti, ja tiedon jakamisen tulee olla luottamuksellista. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksia kirjaamista varten. (Haho 2009.)

Ammatillisesta näkökulmasta tuleville sairaanhoitajille työ on tärkeä, koska siitä saadaan tietoa kirjaamisesta ja sen merkityksestä potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja hoidon jatkuvuuden suunnittelussa. Opinnäytetyön tekemisestä saadaan tietoa myös yleisesti päivystyksen toiminnasta käytännössä sekä hoidon tarpeen arvioinnista. Lankisen (2013) mukaan päivys-

tyshoitotyö on fyysisesti ja henkisesti raskasta, koska sairastuneet voivat olla vaikeasti vammautuneita, äkillisesti sairastuneita sekä eri-ikäisiä, siis myös lapsipotilaita. Valmistuvien sairaanhoitajien koulutuksessa tulisi kehittää päätöksenteko- ja kliinisen hoitotyön osaamisen taitoja, jotka on todettu puutteellisiksi. Sairaanhoitajilta vaaditaan myös vuorovaikutustaitoja, yhteistyötaitoja sekä eettistä osaamista, joiden todettiin olevan paremmin opittuja.

Opinnäytetyön tulosten perusteella saadaan selville kirjaamisen nykytilannetta ja kehittämisen kohteita kotiutukseen liittyvien asioiden kirjaamisesta ja mahdollisista muista kehittämisen alueista kirjaamisessa. Tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa esimerkiksi hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen suunnittelussa ja terveyskeskuspäivystyksen kehittämisessä ja toiminnan tehostamisessa. Myös yhteiskunnallisesti ajateltuna edellä mainitut asiat voivat tuoda taloudellisia säästöjä ja lisätä ihmisten tyytyväisyyttä terveydenhuollon palveluja kohtaan, kun kotiutuksessa onnistutaan hyvin.

Potilaan kotiutukseen sairaalasta osallistuu moniammatillinen henkilökunta, johon kuuluvat häntä hoitava lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja mahdollisesti myös sosiaalityöntekijä. Potilas kotiutetaan kotiin tai johonkin muuhun hoitopaikkaan. Kotiutuksen suunnittelu aloitetaan mahdollisimman aikaisin, jolloin onnistumisen mahdollisuudet ovat hyvät. Kotiutukselle on olemassa selkeät perusteet, jotka ovat potilaan elämäntilanne tai toimintakyky, lääketieteellinen peruste tai hallinnollinen peruste. Potilas pyritään kotiuttamaan sairaalasta mahdollisimman nopeasti, jolloin on vaarana, että hän palaa sinne takaisin uudestaan lyhyen ajan kuluttua. Tällöin puhutaan pyörövisyndroomasta. Potilas voi olla kotiutuestaan vielä huonokuntoinen, vaikka osa kotiutuksen kriteereistä täyttyisikin. Kommunikaatio-ongelmat vaikeuttavat kotiutusprosessia, ja potilas saattaa palata pian takaisin sairaalaan. Kotiutusprosessit vaativat paljon henkilökunnan resursseja ja ovat työläitä. (Lämsä 2013.)

2 Riihimäen terveyskeskuksen päivystys ja akuuttiosasto

Riihimäen terveyskeskuksen päivystys on auki klo 8-22 seitsemänä päivänä viikossa. Samassa rakennuksessa toimii Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikkö. Päivystys sijaitsee ensimmäisessä kerroksessa, välittömästi ulko-oven läheisyydessä. Sisääntulon läheisyyteen on sijoitettu ensihoituhuone, johon on helppo tulla myös ambulanssilla. Tarkkailuhuone sijaitsee hoitajien toimistotilan vieressä, josta on näköyhteys potilaisiin. Potilastarkkailupaikoille on varattu kolme sairaansijaa. Päivystystiloista löytyy myös lääkehuone ja toimenpidehuone sekä kipsaushuone, joka on yhteiskäytössä. Tilat on päivitetty asiakaslähtöisiksi ja turvallisiksi, joissa on huomioitu tulevaisuuden tarpeet ja läheisyysperiaatteet. Lapsille on järjestetty oma leikkitala ja odotushuone jonottamisen ajaksi. Äänieristetyssä triage-huoneessa potilaasta voidaan ottaa tarvittavat mittaukset ja tutkia hänen yleistilansa. (O. Luoma 2014.)

Odotustilan toisella puolella on päivystävän sairaanhoitajan huone sekä kaksi päivystävän lääkärin vastaanottohuonetta. Tarkkailuhuoneita on kaksi, ja niihin mahtuu kahdesta kolmeen tarkkailtavaa. Lisäksi tiloista löytyy kokoustilat, pesutilat ja huuhteluhuone sekä eristys huone tartuntavaaran vuoksi. Henkilökunnan taukotilat ja osastonhoitajan huone ovat aivan toimistotilojen vieressä. Laboratorio on auki maanantaista perjantaihin klo 8-19 ja viikonloppuisin klo 8-17. Röntgenissä otetaan natiivikuvia maanantaista perjantaihin klo 8-17 ja viikonloppuisin klo 8-15. Iltaisin ja viikonloppuisin ovat käytettävissä vartiointipalvelut. (O. Luoma 2014)

Päivystyksessä työskentelee yhdeksän sairaanhoitajaa, kolme lääkintävahtimestaria, osastonhoitaja ja kaksi vakituista lääkärää. Sairaanhoitajien työkuvaan kuuluu triage-hoitajana toimiminen, jolloin potilaan hoidon kiireellisyys arvioidaan ja hänet ohjataan sen mukaan saamaan hoitoa. Sairaanhoitajilla on myös itsenäinen vastaanotto, jossa käy arkisin keskimäärin 12 potilasta ja viikonloppuisin yhteensä noin 25 potilasta. Sairaanhoitajat vastaavat myös tarkkailupotilaiden hoidosta ja heidän hyvinvoinnistaan. Perusmiehitys päivystyksessä on neljä henkilöä ilta- ja myös aamuvuorossa. Hoidon tarpeen vaatiessa potilaat siirtyvät päivystyksestä akuuttiosastolle, joka sijaitsee samassa rakennuksessa päivystyksen kanssa. (Agge 2013.)

Akuuttiosasto on terveyskeskussairaalan osasto, jossa hoidetaan ympärivuorokautista sairaudenhoitoa tarvitsevia potilaita. Osastolla on tällä hetkellä 20 potilaspaikkaa. Hoitajia aamuvuorossa on viisi, joista vähintään kaksi on sairaanhoitajia. Iltavuorossa hoitajia on kolmesta neljään, joista vähintään yksi on sairaanhoitajia. Yövuorossa on aina sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Osastolla on virka-aikaan yksi lääkäri. Terveyskeskuspäivystyksen lääkäri hoitaa tarvittaessa potilaita päivystyksen aukioloaikoina. Yöaikaan yhteyden saa puhelimitse Kanta-Hämeen Keskussairaalan päivystäviin lääkäreihin. Sairaanhoitajat vastaavat pääasiassa lääke- ja neste-hoidoista, hoitosuunnitelmien laatimisesta ja päivittämisestä, raportoinnista mahdolliseen jatkohoitopaikkaan tai ilmoittavat omaiselle kotiutumisesta sekä kirjoittavat potilaan hoitotyön yhteenvedon. Lisäksi kotiutuksen lähestyessä sairaanhoitaja toimii siihen liittyvien asioiden järjestämisessä osana moniammatillista työryhmää. (Akuuttiosaston esite 2014.)

Akuuttiosastolle tullaan potilaaksi lääkärin läheteellä terveyskeskuspäivystyksestä tai erikoissairaanhoidosta ja osastolla hoidetaan potilaita eniten haittaavan sairauden mukaan yksilöllisesti, tavoitteellisesti sekä kuntouttavalla työotteella omatoimisuutta tukien. Hoidon aikana moniammatillinen työryhmä arvioi potilaan tilannetta yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Osastolla on fysioterapeutti, joka osallistuu potilaan hoidon suunnitteluun ja kuntoutukseen. Hoidon aikana pyritään tukemaan potilaan selviytymistä, kuntoutetaan sekä ylläpidetään ja edistetään terveyttä, jotta mahdollisimman varhainen kotiutuminen onnistuisi. Osastolta on mahdollista päästä sovittaessa lomakäynneille kotiin ennen varsinaista kotiutusta. (Akuuttiosaston esite 2014)

3 Potilaan hoito päivystyksessä

3.1 Terveyskeskuspäivystyksen toiminta

Terveyskeskuspäivystys kuuluu kunnalliseen perusterveydenhuoltoon ja päivystyksessä tarjotaan apua ja hoitoa erilaisissa lääkärin tutkimuksia vaativissa tilanteissa. Tutkimus ja hoito tapahtuvat heti potilaan saavuttua päivystykseen ongelmansa kanssa tai viimeistään vuorokauden kuluessa potilaan yhteydenotosta. Päivystyksen ohella toimii myös ensihoitojärjestelmä, joka vastaa sairaankuljetuksesta. Päivystyksen toiminta voi sisältää myös potilaan lähettämisen erikoissairaanhoidon tai terveyskeskuspäivystyksen yhteydessä voi toimia myös erikoissairaanhoidon päivystys yhteispäivystyksenä. Nykyään terveyskeskusten ympäri vuorokauden toimiva päivystystoiminta on vähentynyt ja tilalle on tullut yhteispäivystystoiminta, jossa virka-ajan ulkopuolinen päivystys järjestetään esim. sairaalan tiloissa. Tällaisen yhteispäivystyksen onnistunut toiminta edellyttää terveyskeskuksen järjestävän toimintansa niin, että palvelut ovat hyvin saatavilla päiväaikaan. Muuten potilaat kuormittavat myöhemmin yhteispäivystystä ja odotusajat pitenevät ja hoidon jatkuvuus ei toteudu. (Koponen & Sillanpää 2005, 102 - 105.)

Terveyskeskuspäivystyksen toiminnalla on monia erityispiirteitä. Terveyskeskuspäivystys hoitaa yleensä kiireellisiä sekä ei-kiireellisiä potilaita sekaisin. Joidenkin päivystykseen tulleiden potilaiden tilanne voi olla moniongelmainen ja toisten ongelmat voivat koskea vain yhtä vaivaa. Potilaille saattaa olla myös epämääräisiä oireita ja useita vaivoja, joiden takia he hakeutuvat päivystykseen hoitoon. Voi olla, että potilaat saavat varsinaisen diagnoosin vasta myöhemmin lääkärin vastaanotolla. Koska päivystykseen hakeutuu hyvin erilaisista ongelmista kärsiviä potilaita, oireet ja sairaudet voivat vaihdella vaarattomista hyvin hankaliin, välitöntä hoitoa vaativiin tilanteisiin. Päivystyksessä on tärkeää erotella nämä tapaukset ja ohjata potilaat tarvittaessa nopeasti erikoissairaanhoidon. Joillakin potilaille päivystys on ainoa yhteys terveydenhuollon palveluihin ja heidän esitietonsa voivat olla joskus puutteellisia tai niitä ei ole ollenkaan. Terveyskeskuspäivystyksessä on usein myös henkilöstöä ja tutkimuksia heikommin käytettävissä kuin sairaaloissa. Eri terveyskeskusten mahdollisuudet hoitaa erilaisia potilaita saattavat vaihdella suuresti ja myös hoitohenkilökunnan ammattiosaamisen taso vaihtelee. (Koponen & Sillanpää 2005, 103 - 104.)

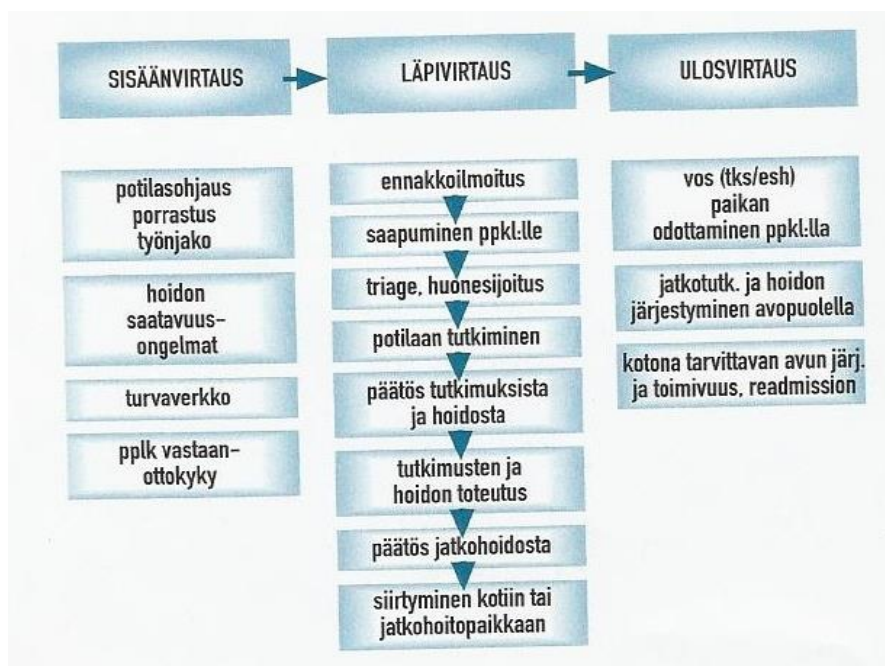
3.2 Päivystyksen hoitoprosessi ja sen eteneminen

Päivystyshoidon tarkoituksena on välittömästi arvioida ja hoitaa potilaan äkillistä sairautta tai vammaa sekä mahdollisesti vaikeutunutta kroonista sairautta. Päivystyspalvelujen täytyy mahdollistaa potilaalle turvallinen, oikea-aikainen ja yhdenvertainen laadukas hoito. Jokaisen päivystykseen tulevan potilaan täytyy saada heidän tarvitsemansa hoito oikeaan aikaan ja oi-

keassa paikassa. Potilaan hoitoonohjauksessa tulee toteuttaa tiettyä päivystyksen hoitoprosessia. Päivystysprosessissa toimijoina ovat varsinainen päivystys ja sairaankuljetuksesta vastaava ensihoito. Päivystysprosessin tulee olla tarkoituksenmukainen, jotta potilaat saadaan heti ohjattua oikeaan hoitopolkuun. Toteutuksessa tarvitaan päivystyksen voimavarojen oikeanlaista kohdentamista sekä hyvää työnjakoa, jotta päivystys voi keskittyä kiireellisten potilaiden hoitoon. Potilaat ohjataan hoitoon heidän lääketieteellisen hoidon tarpeensa perusteella ja asiantuntijaryhmissä on laadittu kriteerit helpottamaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia. Yleisissä ohjeissa kiireellisyys on jaettu neljään eri luokkaan: hoidetaan päivystyksessä, hoidetaan päivystyksessä, mutta ei yöaikaan, siirretään virka-aikana toimivalle lääkärille ja potilas saa hoidon yhden vuorokauden sisään tai siirretään virka-aikana toimivalle lääkärille ja potilas saa hoidon 2-3 vuorokauden sisään. Yleiset ohjeet helpottavat potilaan hoitoon ohjausta ja päivystysprosessin toteuttamista. (Ruuti & Ryhänen-Liljeström 2010, 20 - 21.)

Päivystyksessä työskentelevän hoitohenkilökunnan pääasiallinen tehtävä on huolehtia potilaan tilan välittömästä hoidon tarpeen määrittämisestä hänen tullessaan päivystykseen jonkin sairauden tai tapaturman vuoksi. Tilanteesta riippuen potilas voi myös soittaa päivystykseen, ja hoidon tarvetta voidaan arvioida puhelimitse. Potilaan tilanteesta tulee tehdä nopea työdiagnoosi tai diagnoosi ja potilaan hoito tulee aloittaa mahdollisimman nopeasti tilanteesta riippuen. On tärkeää päättää myös potilaan mahdollisesta jatkohoidosta ja sen tarpeellisuudesta. Potilaan hoidon tarpeen arviointiin voi osallistua monia terveydenhuollon ammattihenkilöitä, mutta yleensä sen tekee sairaanhoitaja potilaan saapuessa päivystykseen. Jos potilas tuodaan sairaankuljetuksella, hoidon tarpeen määrittää ensihoito. Jos mahdollista, hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja potilaan mielipide hoidosta täytyy tilanteen mukaan selvittää. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 21 - 22.)

Koposen ja Sillanpään (2005) mukaan päivystyksen hoitoprosessi etenee vaiheittain (Kuva 1). Näitä vaiheita ovat ennakoilmoitus, potilaan saapuminen päivystykseen, potilaan vastaanottaminen, hoidon tarpeen arviointi, sijoittaminen, tutkiminen ja haastattelu, mahdollinen välitön hoito ja siihen liittyvät tutkimukset, hoidon toteuttaminen ja arviointi, päätös jatkohoidosta ja potilaan siirtymisen turvaaminen. Päivystyksessä työskentely on haastavaa, ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan hyvää tilannetajua, kokemusta ja kykyä työskennellä paineen alla. Hoitoprosessin eri vaiheisiin liittyy vaikeita päätöksentekotilanteita, hoidon tarpeen arviointia, suunnittelua ja toteutusta sekä arviointia. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta paljon resursseja ja kykyä hallita muuttuvia tilanteita ja samalla vastata potilaan hoidon tarpeeseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 71.)



Kuva 1: Potilaan hoitoprosessi päivystyksessä.

Ensihoidon tulee tehdä päivystykseen ennakkoilmoitus potilaasta, jonka hoito vaatii erityistä huomiota ja välitöntä hoitoa. Potilas voi olla äkillisesti sairastunut tai vammautunut ja ennakkoilmoituksen avulla päivystys voi huomioida mahdolliset potilaan tilan vaatimat erityisjärjestelyt. Ennakkoilmoitus antaa päivystykselle aikaa valmistautua potilaan vastaanottamiseen, mutta sen antaminen tulee ajoittaa oikein. Liian aikaisin annettu ilmoitus voi johtaa päivystyshenkilökunnan turhaan odotteluun saapumisajan viivästyessä. Liian myöhään annettu ilmoitus taas ei anna päivystyshenkilökunnalle tarpeeksi aikaa valmistautua. Ennakkoilmoitus annetaan päivystykselle joko viranomaisverkon, Virven, välityksellä tai suoraan päivystyksen puheleimeen. Ennakkoilmoitukseen tulee sisältyä seuraavat tiedot potilaasta: henkilötiedot, tapahtumatiedot, potilaan sairaudet tai vammat, tehdyt hoitotoimenpiteet ja potilaan vitoalit, ensihoidon aloittama lääkitys, arvioitu erikoisosaamisen tarve ja arvioitu saapumisaika päivystykseen. Ennakkoilmoituksen tulee olla lyhyt kuvaus potilaan tilanteesta. Tarkemmat tiedot raportoidaan potilaan luovutustilanteessa päivystyksessä. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Portihan & Taskinen 2013, 95 - 96.)

Yleensä potilaan vastaanottaa päivystyksen hoitohenkilökunta, johon kuuluu sairaanhoitaja tai lääkintävahtimestari ja osastosihteeri. Hoitohenkilökunta arvioi päivystykseen tulevat potilaat tilanteen mukaan ensihoitokertomuksen, mahdollisen lähetteen ja yleisen kliinisen arvion perusteella. Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä vaihe potilaan hoidossa ja sen onnistumisessa. Kliinisen arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia luokitusjärjestelmiä. Näiden luokittelujen avulla saadaan systemaattisesti arvioitua potilaan hoidon kiireellisyys, tilanteen vakavuus ja hoitoisuus. Potilaan sijoituspaikan ratkaisee hänen nykyinen tilansa ja peruselintoimintonsa ja se, tarvitseeko potilas tehostettua hoitoa vai voiko hän istua ja odottaa. Jos potilaan tilassa

tapahtuu muutoksia, kliininen arvio tehdään uudelleen. Päivystyksen hoitoprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta kommunikoi keskenään ja toimii moniammatillisena tiiminä. (Kuisma ym. 2013, 96 - 98.)

Koposen ja Sillanpään (2005) mukaan potilaan tutkii ja haastattelee päivystyksessä yleensä ensin sairaanhoitaja, joka arvioi potilaan tilan ja hoidon kiireellisyyden. Tutkiminen aloitetaan peruselintoimintojen mittaamisella, ja jos potilas tarvitsee välitöntä hoitoa, lääkäri pyydetään välittömästi paikalle. Haastattelussa selvitetään mm. seuraavia asioita: aikaisempi vointi ja toimintakyky, sairaudet ja vaivat ja käytössä olevat lääkkeet. Potilaan hoitosuunnitelmaan on erittäin tärkeää kirjata myös voinnissa ja toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset sekä kotona selviytymisestä kertovat tiedot, kuten omaisten tai kotihoidon apu. Tämä koskee erityisesti ikääntyneitä potilaita, ja tarvittaessa heidän omaisiaan kannattaa haastatella lisätietojen saamiseksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 72.)

Van der Meer (2014) kirjoittaa, että Valviran mukaan potilaan tilan ja hoidon kiireellisyyden arviointia ei saisi jättää ainoastaan sairaanhoitajan vastuulle. Valviran mielestä tämä käytäntö saattaa vaarantaa potilasturvallisuuden. Potilasturvallisuuden näkökulma on tullut esille Valviran tekemissä valvontatapauksissa, joissa lähtökohtana on usein ollut potilaan omaisen tekemä kantelu. Eräässä tapauksessa sairaanhoitaja arvioi hoidon tarvetta 88-vuotiaalle vanhukselle ja silloisen päivystyksen ruuhkautumisen vuoksi sairaanhoitaja ei ohjannut ikääntynttä lääkärin vastaanotolle. Päivystävä lääkäri kirjoitti vanhukselle antibiootti-reseptin ja hänet lähetettiin takaisin palvelutaloon, jossa hän kuoli myöhemmin samana iltana keuhkopussintulehdukseen. Valviran mukaan päivystyksessä suoritettu tutkimus oli riittämätöntä. Toisaalta iäkkään ja monisairaana potilaan tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi on joskus haastavaa. Sairaanhoitajan koulutus ei välttämättä aina riitä potilaan tutkimiseen ja potilaan tilan arviointiin. Potilas tulee tällöin lähettää aina lääkärin vastaanotolle. (van der Meer 2014.)

Haastattelun ja alustavan tutkimuksen jälkeen lääkäri tapaa potilaan ja tekee päätökset potilaan hoidosta, lääkityksestä ja lisätutkimuksista. Potilaan hoidosta vastaava hoitohenkilökunta puolestaan toteuttaa lääkärin määräämät hoitotoimenpiteet, ja hoidossa ovat ensisijalla elintärkeitä toimenpiteet sekä potilaan mahdollisen jatkohoidon järjestäminen. Varsinkin huonokuntoista potilasta täytyy seurata tiiviisti ja voinnissa tapahtuvista muutoksista ilmoittaa lääkärille. Potilaalle täytyy kertoa hänen tilanteestaan ja antaa hänelle tietoja siitä, mitä tehdään ja mitä tapahtuu seuraavaksi. Myös potilaan omaisille tulee ilmoittaa potilaan tilasta, jos tilanne sitä vaatii. Ohjauksen lisäksi muita tärkeitä huomion kohteita potilaan hoidossa ovat potilaan kivun hoitaminen, perustoiminnoista huolehtiminen, potilaan ja omaisten kuunteleminen, potilaan toiveiden huomioiminen ja neuvonta. Potilaan hoitosuunnitelmaan tulee

tehdä tarkat merkinnät potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta päivystyksessä ja arvioida hoidon onnistumista. (Koponen & Sillanpää 2005, 72.)

Potilaan tilanteesta ja kunnosta riippuen hänet joko kotiutetaan tai siirretään jatkohoitoon. Jatkohoidosta ja -hoitopaikasta päättää potilasta päivystyksessä hoitanut lääkäri. Koposen ja Sillanpään (2005) mukaan potilaan tila ja seurannan tarve vaikuttavat suuresti paikan valintaan ja erittäin huonossa kunnossa olevan potilaan siirron tulee olla turvallista. Jatkohoitoon siirtymisen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että potilaan tiedot on huolella kirjattu hoitosuunnitelmaan. Tiedon täytyy kulkea sujuvasti eri yksiköiden välillä, jotta turvataan potilaan hoidon sujuvuus ja jatkuvuus. Jotta potilaan hoito onnistuisi, jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen täytyy tietää, mitä tulee kirjata ja tiedottaa potilaasta ja hänen tilastaan. Sähköinen potilaskertomus selkiyttää tiedon kulkua ja jakamista, mutta päivystyksessä olisi hyvä olla kirjaamissuosituksia, joiden avulla varmistetaan tehokas tiedon välittyminen. Potilaan kotiutuessa hoitohenkilökunnan täytyy voida käyttää potilaasta kirjattuja tietoja. Erityisesti iäkkään kotiutuvan potilaan jatkohoitajärjestelyt täytyy hoitaa hyvin ja yhteistyössä esim. omaisten tai kotihoidon kanssa, jotta iäkäs potilas siirtyy varmasti päivystyksestä tarkoitukseenmukaiseen jatkohoitoon. (Koponen & Sillanpää 2005, 73.)

3.3 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä ja oleellinen osa päivystyksen toimintaa. Sillä tarkoitetaan hoitotyön ammattilaisen tekemää arviota potilaasta ja hänen hoitoon pääsystä sekä potilaan tarvitseman hoidon kiireellisyydestä. Jokaisella potilaalla on oikeus hoidon tarpeen arviointiin eikä hän voi päästä hoitoon ilman arviointia. Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen osa potilaan hoitoprosessissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

Potilaan tullessa päivystykseen hoitohenkilökunta tekee hoidon tarpeen arvioinnin seuraavien asioiden perusteella: yhteydenoton syy, sairaus ja oireet, oireiden vaikeusaste sekä potilaan hoidon kiireellisyys. Kiireellisyyden arviointi on siis hyvin tärkeä osa potilaan hoidon arviointia. Kiireellisyys kertoo ajan, jonka kuluessa potilaan on päästävä hoitoon. Kiireellisyys jaetaan kahteen osaan, kiireelliseen ja kiireettömään hoitoon. Kiireettömään luokkaan kuuluvan potilaan tulee saada hoitoa 1-3 vuorokauden sisällä ja kiireellisissä tapauksissa hoitoa pitää saada heti tai mahdollisimman nopeasti. (Syväoja & Äijälä 2009, 93 - 94.)

Päivystyksessä käytetään triage-luokitusta apuna potilaiden seulonnassa ja kiireellisyyden arvioinnissa (Taulukko 1). Triage tarkoittaa hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviota, ja sen avulla potilaiden tilanteet luokitellaan ja priorisoidaan niin, että oikeat potilaat saavat avun oikeaan aikaan. Luokitus auttaa hoitohenkilökuntaa seulomaan joukosta potilaat, jotka oikeasti tarvitsevat päivystyshoitoa, ja potilaat, joiden hoito voi vielä odottaa. Luokituksen avulla

hoitohenkilökunta saa muodostettua potilaista potilasryhmiä, mikä helpottaa päivystyksen toimintaa. Kiireellisyyden luokittelun täytyy perustua potilaan vamman tai sairauden hoidon tarpeeseen, eikä siihen saa vaikuttaa esim. päivystyksen ruuhkaisuus. (Nummelin, Tupala, Nuorinko, Koskelainen & Pakasto 2010, 17.)

On tärkeää, että potilaat saadaan mahdollisimman nopeasti ryhmiteltyä niin, että nopeinten hoitoa tarvitsevat saavat sitä ensin. Luokittelun etuja ovat mm. päivystyksen potilasmäärien vähentäminen, päivystykseen oikeasti kuuluvien potilaiden seulonta, päivystyksen tilojen tehokas käyttö, odotusaikojen lyheneminen, henkilökunnan ja resurssien riittävyys ja päivystyksen rauhallisempi ilmapiiri potilasmäärien vähennyttä. (Syväoja & Äijälä 2009, 94.)

Triage-luokittelun tekee yleensä kokenut sairaanhoitaja, triage-hoitaja. Triage-hoitajan käytössä on triage-luokitusohjeistus, ja hän ottaa vastaan ensihoidon ennakoilmoitukset sekä hälyttää hoitohenkilökunnalle hätätilapotilaiden saapumisesta. Muiden hoitajien tehtävänä on toimia vastaavina hoitajina sekä kuljettaa potilaspapereita eri hoitoyksiköihin. Ruuhka-aikoina triage-hoitaja saattaa tarvita myös työparin. Nykyisin yleisesti käytössä oleva triage-luokitteluohjeistus on 5-portainen järjestelmä, jossa luokat vaihtelevat välittömästä hoidosta ei-päivystykselliseen hoitoon. Potilaat luokitellaan triagen avulla lääketieteellisin perustein, niin että kukin potilas saisi oireidensa perusteella oikea-aikaista hoitoa. Tämä ei tarkoita sitä, että joidenkin potilaiden oireita pidettäisiin vähempiarvoisina. Jos päivystys toimii yhteispäivystyksenä, triagen avulla voidaan potilaat jakaa erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuspäivystyksen kesken, riippuen potilaan tulossyystä ja oireista. Triage-luokittelu malleja on monenlaisia, mutta Suomessa käytössä on ABCDE-malli. (Nummelin ym. 2010, 17 - 19.)

Nummelinin ym:n (2010) mukaan ABCDE-malli on 5-portainen triage-luokitteluohjeistus. Jokainen kirjain vastaa tiettyä potilasluokkaa ja potilaat luokitellaan mallin mukaisesti heidän tullessaan päivystykseen. Kirjain kertoo välittömästi hoitohenkilökunnalle, kuinka kiireellisesti tapauksesta on kyse. A-potilas on hengenvaarassa ja hän on kriittisesti sairas. A-potilaan tulee saada hoitoa välittömästi. B-potilaalla on uhkaava hengenvaara, ja hän tarvitsee pian välitöntä hoitoa. B-potilaan täytyy päästä lääkärin arvioon 10 minuutin kuluttua. A- ja B-potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidon puolella. C-potilas tarvitsee hoitoa ja mahdollisen lääkärin arvion 30 minuutin kuluessa ja D-potilas tarvitsee hoidon 60 minuutin kuluessa saapumisesta. E-luokkaan kuuluvilla potilailla ei ole hoidon tarvetta päivystyksessä, ja heidät voidaan ohjata hakeutumaan virka-aikana toimivan lääkärin vastaanotolle. (Nummelin ym. 2010, 17 - 18.)

A	Kriittisesti sairaat ja suoraan erikoissairaanhoidon kuuluvat potilaat
B	Kuuluvat yleensä suoraan erikoissairaanhoidon, terveyskeskuspäivystyksessä pyritään saamaan lääkärin arvio 10min sisällä
C	Kuuluvat terveyskeskuspäivystykseen, pyritään saamaan lääkärin arvio 30 min sisällä
D	Kuuluvat terveyskeskuspäivystykseen, pyritään saamaan lääkärin arvio 60 min sisällä
E	Eivät kuulu päivystykseen

Taulukko 1: Triage- luokituksen ABCDE- malli.

3.4 Kirjaaminen osana hoitotyötä

Kirjaaminen on oleellinen osa hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan työnkuvaan kuuluu kirjaamisen huolellinen toteutus. Potilaskertomus sisältää rakenteisesti kirjatut ydintiedot potilaan hoidosta ja hoitohistorian. Kirjaaminen on systemaattista, ja siinä kuvataan potilaan hoidon vaiheet eli hoitoprosessi. Ennalta on sovittu, mitä tietoja kirjataan ja miten ne kirjataan potilaskertomukseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 86 - 87.)

Enson ja Sarannon (2004) mukaan potilaskertomukseen kirjataan potilaan esitiedot, joita hoitaja kerää haastattelemalla potilasta hänen tullessaan hoitoon. Tulohaastattelussa selvitetty taustatiedot ryhmitellään yleensä seuraavasti: tunnistetiedot, tulosyy, perussairaudet, diagnoosit, aikaisemmat hoitajakset, tehdyt toimenpiteet, lääkehoito, kotiolot, käytössä olevat apuvälineet, mahdollinen kotiapu, hoitotahto, suostumukset ja lähiomaisen tiedot. Nämä tiedot täytyy kirjata potilaskertomukseen, jotta niitä voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Enso & Saranto 2004, 38 - 40.)

Myös potilaan riskitiedot ja terveyteen vaikuttavat tekijät on kirjattava kertomukseen. Terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. tupakointi, päihteiden käyttö, liikunta ja toimintakyky sekä ravitsemus. Potilaan riskitietoja ovat mm. erilaiset allergiat ja lääkeyliherkkyydet, keino- ja siirtoelimet, riskitaudit ja verivalmisteiden annossa huomioitavat tekijät. Tulohaastattelussa on hyvä myös selvittää potilaalta tietoja, joita voidaan käyttää suoraan hoitotyössä, kuten potilaan oma käsitys voinnistaan, tuntemukset ja mieliala, ruokailutottumukset, liikuntatottumukset, toiveet hoidosta, potilaan jo saama ohjaus sekä tehdyt fysiologiset mittaukset. Myöhemmin hoitajakson lopulla potilaskertomukseen on kirjattava jatkohoidon järjestä-

mistä koskevat tiedot ja mahdolliset lausunnot. Taustatietoja selvitetessä tulee aina kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Ensiö & Saranto 2004, 38 - 41.)

Potilaan hoitoprosessin päävaiheet ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet ja keinot, suunnitellut hoitotyön toiminnot, toteutetut hoitotyön toiminnot sekä hoidon tulosten arviointi. Näiden hoitoprosessin vaiheiden alle voidaan kirjata tietoa käyttämällä valmiita otsikoita sekä luokituksia. Luokituksia voi lisäksi vielä täydentää vapaalla tekstillä, joka on kuvailevaa ja liittyy potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen. Rakenteisen kirjaamisen ansiosta potilaan tiedot ovat yhtenäisiä, ja tämä helpottaa hoitohenkilökuntaa heidän hakiessaan potilaan tietoja potilaskertomuksesta. Potilaan tietojen kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään tehdään yksilöllisillä tunnuksilla, niin että myöhemmin on selvitetävissä, kuka tietoja on kirjannut ja mihin aikaan. Kirjaamisen ei tule perustua hoitajien varsinaiseen tekemiseen, vaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoidon tarve on hoitohenkilökunnan kirjaama kuvaus potilaan terveyteen liittyvistä ongelmista tai mahdollisista tulevista ongelmista, joita voidaan helpottaa erilaisten hoitotoimenpiteiden avulla. Hoidon tarvetta voidaan arvioida haastatteleamalla, havainnoimalla ja keräämällä mittausten avulla tietoja potilaasta ja hänen terveydentilastaan. Hyviä tietolähteitä ovat myös vanhemmat tekstit potilaskertomuksessa ja jos mahdollista, potilaan läheisiä kannattaa myös haastatella. Hoidon tarpeen kirjaamisen apuna käytetään virallista suomalaisen hoitotyön tarveluokitusta, jossa on luokiteltuna hoidon tarpeen komponentit, niiden pääluokat ja alaluokat, kuten esim. Erittäminen - virtsaamiseen liittyvät häiriöt - tihentynyt virtsaaminen. Potilaskertomukseen kirjataan huolellisesti oleelliset potilaan hoidon tarpeet, jolloin saadaan yleiskuva potilaan terveydentilasta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16.)

Kun potilaan hoidon tarpeet on määritelty, voidaan kirjata hoidon tavoitteet. Tavoitteet suhteutetaan potilaan hoidon tarpeisiin ja ne määritellään yksilöllisesti. Tavoitteet täytyy kirjata potilaslähtöisesti potilaan tilana, ei siis varsinaisina hoitotyön toimintoina. Tavoitteissa kuvataan yleensä ongelmien mahdollinen poistuminen, kuten esim. kivun helpottuminen. Potilaan hoidolle voidaan määritellä kokonaistavoitteita ja mahdollisesti myös välitavoitteita. (Syväoja & Äijälä 2009, 87 - 88.)

Hoitotyön varsinaiset auttamismenetelmät valitaan näiden tavoitteiden perusteella ja niitä kirjataan hoitotyön toimintoihin suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen mukaisesti. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen täytyy olla tarkoituksenmukaisia ja toimintojen valinnan tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon. Valintaan vaikuttavat myös hoitovälineiden saatavuus, potilaan sitoutuminen hoitoon ja hoitohenkilökunnan määrä. Kirjattavat toteutuneet hoitotyön toiminnot ovat hoitajan tekemiä varsinaisia hoitotoimia tai lääkärin määräyksiä, kuten esim. haavahoidon toteuttaminen, lääkkeiden jako, verivalmisteiden antaminen tai kes-

tokatetrin laittaminen. Hoitotyön toiminnoissa korostuu hoitajien yleisten tietojen sekä käden taitojen hallinta. Potilaalle suoritettut toiminnot kirjataan potilaskertomukseen aina menneessä muodossa, koska kirjattaessa toimet on jo tehty potilaalle. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16 - 17.)

Myös viimeinen hoitoprosessin vaihe eli hoidon tulokset kirjataan huolellisesti potilaskertomukseen. Tulokset kuvaavat potilaan tilanteesta tapahtuneita muutoksia. Näitä muutoksia sekä sitä, kuinka hyvin potilaan hoidon tarpeisiin on vastattu, kuvataan suomalaisella hoidon tulosasteikolla, jossa on kolme tasoa: potilaan tila on joko parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Syväoja & Äijälä 2009, 87 - 88.)

Sähköiseen potilaskertomukseen on hyvä kirjata myös potilaan hoitoisuus eli se kuinka vaativaa hoitoa potilas tarvitsee ja kuinka paljon. Tämän tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy määrittelemään potilaan hoitoon tarvittavan henkilökunnan määrää ja mahdollisia kustannuksia. Hoitoisuus määritellään erilaisilla mittareilla ja järjestelmillä. Yksi käytetyistä järjestelmistä on Rafaela-järjestelmä, joka on Suomen Kuntaliiton omistama. Rafaelan avulla voidaan määritellä jokaisen potilaan yksilöllinen hoitotyön määrä, ja kirjaaminen tapahtuu hoitoisuusluokitusmittarin avulla suoraan sähköiseen potilaskertomukseen ja se sisältää kuusi eri osaa. Rafaela-järjestelmä kertoo myös, kuinka paljon yksi hoitaja tekee keskimäärin työtä hoitopäivän aikana eli hoitoisuus hoitajaa kohden -arvon. Rafaela on käytössä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. (Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä 2014.)

Potilaan terveydenhuolto toimii hyvin ja luotettavasti, kun hänen tietojaan kirjataan yhtenäisellä, kansallisesti sovitulla tavalla. Näin turvataan potilaan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus myös seuraavalla hoitajaksolla tai toisessa hoitopaikassa. On tärkeää, että potilaan tiedot ovat ajantasaisesti hoitohenkilökunnan saatavilla myös siinä tapauksessa, että potilas muuttaa toiselle paikkakunnalle. Potilastietojärjestelmästä riippumatta potilaan ydintiedot ovat samat ja potilas voi luottaa, että hoitohenkilökunta saa aina ajantasaiset tiedot esim. hänen perussairauksistaan, lääkityksestään tai riskitiedoistaan. Tämä on ehdottoman tärkeää silloin, kun potilas ei voi itse antaa kyseisiä tietoja. (Saranto, Ensio, Tanttu, Sonninen 2008, 168 - 170.)

Nykyään sairauksia hoidetaan kuitenkin monissa eri yksiköissä ja palveluissa ja lisäksi on käytössä erilaisia potilastietojärjestelmiä. Tiedonkulku näiden eri yksiköiden ja palvelujen välillä ei välttämättä aina toimi, ja hoidon jatkuvuuden kannalta tarpeellista tietoa potilaasta ei ole aina käytettävissä. Tilanne aiheuttaa potilaalle haittaa, koska hän joutuu kertomaan asioitaan aina uudelleen ja hän joutuu tekemään turhia käyntejä ja puhelinsoittoja. On siis ehdottoman tärkeää, että sähköisiä järjestelmiä käytetään hyödyksi ja muodostetaan ajan tasalla oleva hoitotyön yhteenveto potilaan hoidosta ja tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotyön yhteenveto voidaan myöhemmin siirtää mahdolliseen jatkohoitopaikkaan tai sitä voidaan käyttää lä-

hetteenä erilaisiin palveluihin, toiseen hoitolaitokseen ja kotisairaanhoidon tai muulle jatkohoidosta vastaavalle taholle. Näin turvataan potilaan hoidon jatkuvuus uudessa hoitopaikassa. Potilaan näkökulmasta hänen hoidossaan on tärkeää huomioida sujuvuus, jatkuvuus, oikea-aikaisuus ja laatu. (Saranto ym. 2008, 169 - 171.)

Potilaan hoitojakson päättyessä tai potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen hoitotyön yhteenveto, johon kerätään potilaan hoitojakson kannalta keskeisimpiä asioita ja tietoja potilaasta ja hänen hoidostaan sekä hoitoisuudestaan. Hoitotyön yhteenvedossa arvioidaan potilaan nykyistä tilaa, jota verrataan tulotilanteeseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18.)

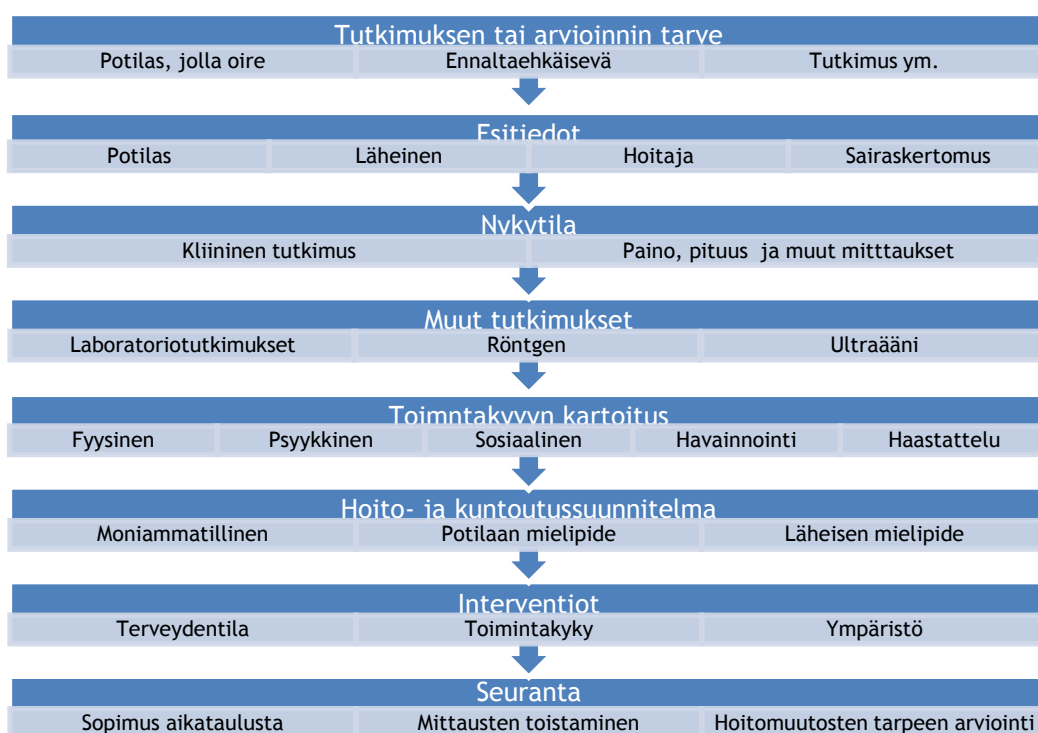
Sarannon ym. (2008) mukaan hoitotyön yhteenvedolla tarkoitetaan hoitojakson ajalta kertynyttä tietosisältöä potilaasta ja hänen hoidostaan. Tätä tietosisältöä päivitetään ja siihen lisätään hoitojakson loputtua oleellisia asioita, esim. lääkeshoidosta tai jatkohoidosta yleensä, hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Hoitotyön yhteenvedon tulisi sisältää ainakin seuraavia asioita: tunnistetut potilaan hoidon tarpeet, ongelmat ja diagnoosit, tarpeisiin vastaamiseksi suoritettut auttamismenetelmät ja toiminnot sekä potilaan hoidon toteutuneet tulokset. Lisäksi yhteenvedossa voidaan kertoa, mitkä potilaan ongelmat vaativat vielä erityistä tarkkailua tai hoitoa. Yhteenvetoon on tärkeää kirjata myös potilaan läheisten tiedot ja kuvata yhteistyösuhdetta potilaan ja läheisten kanssa. Hoitotyön yhteenveto kirjataan yleensä rakenteisesti, jotta ydintiedot ovat selkeästi ja helposti luettavissa. (Saranto ym. 2008, 78.)

3.5 Ikääntynyt päivystyksen potilaana

Ikääntynyt määritellään yleensä yli 65-vuotiaaksi, vaikka jokainen kokee vanhuuden yksilöllisesti ja iäkkäiden terveydentilassa sekä toimintakyvyssä saattaa olla suuria eroavaisuuksia. Ikääntyneen toimintakykyyn liittyy fyysisen toimintakyvyn eli päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen lisäksi psyykinen toimintakyky, johon kuuluvat muistitoiminnot, minäkäsitys ja psyykinen hyvinvointi sekä sosiaalinen toimintakyky, joka käsittää suhteen läheisiin ja osallistumisen järjestettyyn toimintaan ja niistä saatuun hyvään oloon. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2011, 810 - 812.)

Ikääntymiseen liittyy useita elintoimintojen sekä ulkomuodon muutoksia, jotka voivat vaikuttaa terveydentilaan ja toimintakykyyn. Yleensä toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu asteittain, eikä se johdu ainoastaan fysiologisista muutoksista, vaan myös pitkäaikaisista sairauksista. Ikääntynyt voi sairastaa samoja sairauksia kuin aikuisikäinen, mutta oireet ja niiden seuraukset voivat olla erilaisia. Jos ikääntyneen toimintakyky on muutenkin huonontunut, saattaa pieneltä vaikuttava oire aiheuttaa yleistilan heikkenemisen tai jopa sen romahtamisen. Taustalla voi olla vakava sairaus, joten ikääntyneen yleistilan laskun syy tulee selvittää.

Ikääntyneille, joilla toimintakyky on selvästi heikentynyt, tulee tehdä geriatrinen arviointi. Geriatriseen arviointiin kuulu laaja-alainen elämäntilanteen arviointi, kuten terveydentilan, sairauksien, palvelujen tarpeen sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn arviointi (Taulukko 2). Pelkkä sairauden diagnosointi ei yleensä riitä ikääntyneen hyvän hoidon turvaamiseksi. (Iivanainen ym. 2011, 810-814.). Ikääntyneen potilaan tullessa päivystykseen ensikohtaamiseen sekä hänen kertomaansa tilanteeseen tulee kiinnittää huomiota. Jos mukana on saattaja, myös hänen kertomansa taustatiedot ovat tärkeitä, koska ikääntyneet saattavat vähätellä ongelmaansa ja kertoa positiivisemmän kuvan selviytymisestään kotona kuin todellisuudessa tilanne on. (Jartti, Heinonen, Upmeier, & Seppälä 2011, 2968 - 2970)



Taulukko 2: Geriatrisen arvioinnin eteneminen.

Ikääntyneen ihmisen toimintakyky saattaa huonontua äkillisesti sairastumisen vuoksi. Toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee yleensä jalkojen kantamattomuutena, sekavuutena ja muistamattomuutena. Tällaisissa tilanteissa ikääntynyt tulee hoitoon päivystykseen, jossa tutkimukset ja äkillisen sairastumisen hoito tehdään. Tavallisimmin tämän aiheuttavat infektiot, lääkkeiden haittavaikutukset ja kaatumisesta aiheutuneet vammat. Hoito ja kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti sairastumisen jälkeen, sillä ikääntynyt menettää lihasvoimia ja toimintakykyä nopeammin kuin nuoremmat ja usein nämä jäävät pysyviksi ongelmiksi. Koska pitkään vietetty aika päivystyspoliklinikalla heikentää ikääntyneen terveydentilaa heikompien hoiva- ja kuntoutusmahdollisuuksien vuoksi, se ei sovellu pitkäaikaiseksi hoitopaikaksi ikääntyneelle. Ikääntyneen mobilisointi tulisi aloittaa jo päivystyspoliklinikalla, mikäli se on mahdollista, ja jatkohoitoa tai kotiutus järjestää mahdollisimman nopeasti. Jos kotiu-

tukseen päädytään suoraan päivystyksestä, on tärkeää arvioida kaatumisriskiä, ravitsemustilaa, muistia ja kognitiota, alkoholin käyttöä ja myöhäisiä depressiota sekä sitä, kuinka ikääntynyt pärjää kotona. Ikääntynyt saattaa tarvita kotona selviytyäkseen aikaisempaa enemmän tukipalveluja, ja ne tulee tarvittaessa järjestää ennen kotiutumista. (Uurto & Mustajoki 2013, 494-495.)

Keuhkokuume on yleinen ikääntyneiden sairaus ja se johtuu keuhkokudoksen tulehduksesta, ja siihen liittyy myös akuutin infektion oireita. Sitä aiheuttavat bakteerit, sienet, parasiitit ja virukset. Heikkokuntoiset ovat erityisen alttiita sairastumaan keuhkokuumeeseen, koska heillä voi olla taustalla jokin pitkäaikaissairaus. Sairaalahoidossa oleva huonokuntoinen potilas voi saada herkästi tartunnan. Leikkauksen jälkeinen toipuminen voi pitkittyä keuhkokuumeen puhjettua. Aspirointi ja krooninen keuhkosairaus voivat myös edistää sairauden puhkeamista. Kotona saatu keuhkokuume on yleensä *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* tai *Haemophilus influenzae* aiheuttamia. Sitä hoidetaan aina, niin kuin olisi kyse bakteerin aiheuttamasta sairaudesta, koska oireiden aiheuttajaa on vaikea tunnistaa. Erityisen herkkiä sairastumaan ovat kroonista keuhkosairautta mm. keuhkohtaumatauti sairastavat henkilöt. Tupakointi on myös hyvin yleinen riskitekijä vaikeiden perussairauksien ohella. Sairauden paranemisessa on oleellista nopeasti aloitettu mikrobilääkitys. Hyvällä käsihygienialla voidaan ehkäistä taudin leviämistä, ja vanhuksen hyötyvät myös influenssarokotteesta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 448 - 449.)

Keuhkokuumeen tyypillinen oire on horkkamainen kuume. Tätä ei kuitenkaan esiinny kaikilla potilailla. Yskä, märkäiset tai veriset yskökset, hengenahdistus, kohonnut syke, hengitysänten rahina, rintakivut sekä heikentynyt yleistila ovat selkeitä keuhkokuumeen oireita. Vanhuksilla saattaa esiintyä sekavuutta ja myös perussairauden pahenemista tulehduksen seurauksena. Oireet kehittyvät yleensä nopeasti ja aiempi hengitystieinfektio on voinut pahentua uudestaan. Keuhkokuume diagnosoidaan hengitysänten kuuntelulla ja röntgenlöydöksillä. Tulehdusarvojen (CRP) mittaus on aiheellinen. Nopeasti kehittyvässä taudissa CRP ei välttämättä ole luotettava mittari, koska arvo ei ole ehtinyt kohota riittävän nopeasti. Potilaan hapatusta tutkitaan pulssioksimetrillä ja verikaasuanalyysillä. Iäkkäiltä ja rintakipua valittavilta tutkitaan myös sydänfilmi. (Ahonen ym. 2012, 449-450.)

Keuhkokuumeen hoitoon vaikuttaa potilaan kunto, perussairaudet, ikä ja taudin vaikeusaste. Nuoret ja perusterveet potilaat voidaan hoitaa avoterveydenhuollossa, kun taas ikääntyneet, huonokuntoiset ja imetettävät lapset hoidetaan sairaalassa. Perushoidossa on tärkeää potilaan riittävä nesteytys sekä puoli-istuva asento. Riittävä kuumelääkitys ja tarvittaessa yskänlääke helpottavat potilaan oloa. Kotihoidossa mikrobilääkkeenä käytetään amoksisilliiniä tai G-penisilliiniä varsinkin nuorille. Sairaalahoidossa käytetään ensisijaisesti laskimonsisäistä kefuroksiimiä. Hoidossa on tärkeää seurata oireiden poistumista ja hakeutua hoitoon uudelleen,

ellei paranemista tapahdu. Hengästymistä aiheuttavan liikunnan välttäminen on suositeltavaa muutamien viikkojen ajan. (Ahonen ym. 2012, 449-450.)

Myös virtsatieinfektio on yleinen ikääntyneillä. Virtsatieinfektion aiheuttaja on bakteeri, joka pääsee virtsateihin tai munuaisiin ja saa aikaan tulehduksen. Tulehdus voi olla joko alemmissa virtsateissa eli virtsarakossa ja virtsaputkessa, jolloin sitä kutsutaan kystiitiksi. Ylempien virtsateiden tulehdusta kutsutaan pyelonefriitiksi, jolloin tulehdus on virtsanjohtimessa, munuaisaltaassa tai munuaisessa. Tulehdus voi olla äkillinen tai pitkäaikainen, ja sen aiheuttaa yleensä *Escherichia coli* -bakteeri. Virtsatietulehdukseen sairastuminen on yleistä, ja sitä esiintyy enemmän naisilla ja vanhuksilla kuin miehillä ja nuorilla. Sairaala- ja laitoshoidossa virtsatietulehdukselle altistuminen on suurempaa, koska kestopatentointi suurentaa riskiä huomattavasti. Vanhemmiten limakalvojen kunto muuttuu, jolloin on suurempi riski altistua tulehdukselle. Muita tekijöitä infektiolle ovat häiriöt virtsanjohtimen toiminnassa, virtsatiekiivet, heikko rakon tyhjentyminen, ummetus, paleltuminen ja liian kireiden vaatteiden käyttö. Myös sädehoito, jokin vamma tai myrkyt voivat aiheuttaa kystiitin. Se muodostuu silloin ilman bakteeria. (Ahonen ym. 2012, 597.)

Oireina esiintyy tiheää tarvetta virtsaamiselle ja kirvelyä virtsatessa. Ylempien virtsateiden tulehduksessa ei välttämättä ole näitä oireita ollenkaan. Korkea kuume ja kylki- tai selkäkipu on merkkejä pyelonefriitistä. Iäkkäillä ihmisillä sekavuus voi olla merkki virtsatietulehduksesta. Heillä voi olla myös yleistilan heikentymistä ja pahoinvointia. Diagnoosiksi riittää pelkkä oireiden selvittäminen, mutta sen voi varmistaa tutkimalla virtsanäytteen bakteeriviljelyyn. Näyte tulee ottaa ohjeiden mukaan. Yleistilalaskupotilailta pitää tutkia myös muita verikokeita, mm. P-CRP, B-La ja P-leukosyytit. Hoitona käytetään 3-10 vuorokauden antibioottikuuria. Infektion uusiutuessa tilanne tutkitaan tarkemmin ja siihen määrätään antibiootti bakteerin perusteella. Usein toistuvia tulehduksia voidaan hoitaa myös antibioottiestolääkityksellä. Tulehduksen aikana tulee juoda runsaasti nestettä, jollei sille ole mitään terveydellistä estettä. Rakko tulisi tyhjentää 2-3 tunnin välein, että bakteerit eivät pääsisi lisääntymään rakossa. Hyvällä hygienialla on myös suuri merkitys tulehduksen estämisessä. (Ahonen ym. 2012, 597.)

Ikääntyneillä esiintyy myös paljon sydämen vajaatoimintaa. Sydämen vajaatoiminta johtuu sydämen toiminnan häiriöstä, joka on tullut jonkin hankitun tai synnynnäisen sydänvian seurauksena. Sydämen pumppaustoiminnan heikentyminen voi aiheuttaa hapenpuutteen eli hypoksian, joka ilmenee lihasten väsymisenä ja heikkoutena. Oireet voivat tulla esiin vasta raskuudessa, joten se voi olla pitkään piilevänä. Yleisimmät sydämen vajaatoiminnan aiheuttajat ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja sydämen läppäviat. Hapenpuutteen aiheuttama sydäninfarkti aiheuttaa sydänlihakseen kuolion, joka heikentää sydämen supistustehoa ja näin kehittyä sydämen vajaatoiminta. Korkea verenpaine aiheuttaa vasemman kammion seinämien paksuuntumista, jolloin kammio ei enää täyty kunnolla. Vajaatoiminta voi johtua myös esim.

kilpirauhasen toimintahäiriöstä, kroonisista keuhkosairauksista tai keuhkoveritulpan jälkitilasta. Sydämen läppäviat ovat usein syynä vajaatoimintaan, koska verenvirtaus ei toimi silloin kunnolla. Erilaiset liitännäissairaudet kuten diabetes, anemia, munuaisten ja maksan sairaudet sekä uniapnea voivat olla aiheuttajina. Sydämen vajaatoiminta on vakava sairaus, jonka ennuste on huono. Potilaat voidaan luokitella neljään eri NYHA-luokkaan oireiden perusteella. NYHA I kertoo oireettomuudesta ja NYHA IV vaikeasta sydämen vajaatoiminnasta, jolloin oireita on levossakin. (Ahonen ym. 2012, 244-245.)

Kehossa esiintyy monenlaisia oireita, sillä laskimoissa on paljon verta ja verenvirtaus on riittämätöntä. Nilkoissa ja sääriässä on turvotusta, vatsaonteloon kertyy nestettä, joka aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. Oireita voivat olla myös väsyminen, voimakas uupumus, hengenahdistus, nesteentihkuminen pleuratilaan sekä kuiva yskä erityisesti yöaikaan. Sydämen vajaatoimintaa diagnosoidaan tyypillisten oireiden ja taustalla olevan sairauden perusteella. Sydämen ultraäänitutkimuksella saadaan luotettavasti selville sydämen vajaatoiminta ja sen vaikeusaste. Keuhkojen röntgenkuvasta nähdään sydämen koko ja mahdollisesti keuhkoihin kertynyt neste. Sydämen sepelvaltimoiden varjoainekuvauksesta selviää mahdollinen sepelvaltimotauti ja ahtautumien määrä. Myös rasitus-EKG:tä ja isotooppitutkimusta käytetään sairauden selvittämiseen. (Ahonen ym. 2012, 246-248.)

Hoidossa keskitytään ensin perussairauteen, joka on aiheuttanut vajaatoiminnan. Lääkehoidolla pyritään helpottamaan oireita ja elintapaohjauksella ohjataan ylipainon välttämiseen, terveelliseen ravitsemukseen, riittävään lepoon, tupakoimattomuuteen ja alkoholin kohtuukäyttöön. Suolan käyttöä ja nesteiden nauttimista tulisi rajoittaa ja kausi-influenssarokotteet olisi hyvä ottaa ennaltaehkäisevästi. Tarvittaessa voidaan käyttää kajoavia hoitoja, joita ovat erilaiset sydänleikkaukset, pallolaajennukset tai rytminsiirrot. Jatkossa keskitytään potilasohjaukseen ja -seurantaan sekä tuetaan potilaan omahoitoa, jolla on hyvin merkittävä osa potilaan hyvinvoinnissa. Lääkehoidolla on tavoitteena helpottaa potilaan oireita ja parantaa sairauden ennustetta. Lääkityksen laiminlyöminen aiheuttaa useasti sairaalahoitoon joutumisen, koska hoitotasapaino pahenee. Potilasohjauksessa tulisikin huolellisesti kertoa lääkityksen hyödyistä ja hyvästä hoitotasapainosta. (Ahonen ym. 2012, 248-251.)

Hoitotyön suosituksissa on esitetty, että potilas tunnistaisi sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheen, jolloin oireisiin saataisiin nopeammin apua. Myös säännöllinen liikunta edistäisi hyvinvointia ja mahdollisesti vähentäisi sairaalajaksoja. Unenaikaisiin hengityskatkoksiin tulisi myös kiinnittää huomiota, sillä ne vaikuttavat sydämen vajaatoiminnan pahenemiseen. Seksuaaliset ongelmat ja masennus ovat kovin tavallisia oireita, mutta niihinkin on hyvä puuttua tarvittaessa. (Kemppainen, Kiema & Kvist 2013.)

3.6 Potilaan ohjaus osana hoitotyötä

Potilaan ohjaaminen on keskeinen asia hoitotyössä ja se kuuluu hyvään terveydenhuoltoon. Potilasta voidaan ohjata motivoimalla, neuvomalla, opettamalla ja valmentamalla. Potilaalle välitetään siis tietoa, jonka hyödyllisyyttä hän itse arvioi omassa hoidossaan. Ohjaamisella on tärkeä merkitys nykypäivänä, koska hoitoajat ovat lyhentyneet entisestään. Ohjaustilanteet voivat tapahtua hyvin erilaisissa paikoissa ja ohjauspaikkana voi olla sairaalan poliklinikka, päiväosasto tai vuodeosastolla oleva potilashuone, jossa on mahdollisesti muitakin potilaita paikalla. Yksityisyyden suoja voi tällöin olla olematon. Paras paikka ohjaukselle on rauhallinen, yksityinen tila, jolloin on mahdollisuus luottamukselliseen keskusteluun kasvokkain. Ohjausta voidaan antaa myös ryhmässä, ja läsnä voi olla myös potilaan läheinen, jolloin ohjauksen sisältöä voi myöhemmin kerrata yhdessä. Suullisen ohjaamisen lisäksi on hyvä olla kirjallista materiaalia, josta saa myöhemminkin tietoa ohjatusta asiasta. Lisäksi voidaan käyttää videoita tai pelejä sekä demonstraatioita, jossa havainnollistetaan esim. insuliinin pistäminen. Yleisin tilanne ohjaamiselle on tutkimuksiin tai toimenpiteisiin valmistautuminen. Ohjauspolkuun kuuluvat kutsukirje, ohjaus poliklinikalla suullisesti ja kirjallisesti ja vielä toimenpiteen jälkeen puhelinsoitto kotiin, jolloin tarkistetaan potilaan vointia. (Ahonen ym. 2012, 34 - 35.)

Ohjaustilanteessa annetaan tietoa potilaan sairaudesta, tutkimuksista, hoitoon liittyvistä asioista, lääkityksestä, leikkaukseen liittyvistä asioista, kivusta, toimenpiteen aiheuttamista rajoitteista ja oireista. Elintapoihin liittyvien sairauksien ohjaus pyritään järjestämään ryhmäohjauksena, jolloin potilaalla on mahdollisuus myös vertaistukeen. Ryhmäohjaus on myös tehokkaampaa ja taloudellisempaa. Potilaan oma sitoutuminen hoitoon on hyvin keskeistä, sillä monia sairauksia voidaan estää terveellisillä elintavoilla. Tupakoinnin lopettamisella on merkittäviä vaikutuksia potilaan terveyteen. Potilaan tupakoimisella on merkitystä mm. moniin syöpäsairauksiin, valtimotauteihin ja keuhkohtaumatautiin. Potilaan omalla motivaatiolla on huomattava merkitys elintapojen muuttamisessa, sillä pelkkä tieto ei riitä. Omahoidossa potilas aktiivisesti suunnittelee, toteuttaa ja arvioi omia elintapamuutoksiaan. Sairaanhoidajan tehtävä on tukea ja arvioida hoidon tarvetta. Onnistunut omahoito vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen käytös vähentymiseen, kun potilas voi paremmin. Toimintakyvyn säilymisen kannalta omahoidolla on suuri merkitys varsinkin pitkäaikaissairaiden potilaiden kannalta. (Ahonen ym. 2012, 35 - 37.)

Valmentava ohjaus perustuu muutosvaihemalliin, jonka avulla asiakas yrittää muuttaa elintapojaan. Esiharkintavaiheessa potilas tiedostaa ongelman, mutta ei ole vielä valmis hyväksymään tai muuttamaan sitä. Harkintavaiheesta voidaan puhua, kun potilas ottaa itse puheeksi terveysongelmansa ja ajattelee tekevänsä muutoksen tässä asiassa puolen vuoden kuluessa. Seuraava vaihe on suunnitteluvaihe, jolloin potilas on jo itsenäisesti kokeillut uutta toiminta-

tapaa ja olisi valmis lähiviikkojen aikana muutokseen. Muutkin vaihtoehdot ovat vielä mahdollisia tässä vaiheessa, mutta ohjattava on yhteistyöhaluinen ja innostunut sekä valmis sitoutumaan muutokseen. Toimintavaiheessa tehdään jo konkreettisesti muutoksia, joista potilas saa sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Tällöin ohjaajan tuki on tarpeen. Ylläpitovaiheesta puhutaan, kun potilaan elintapamuutokset ovat kestäneet puoli vuotta ja hän ymmärtää tekevänsä elämänmittaisen muutoksen. Repsahdusvaihekin kuuluu muutokseen ja se on väliaikaista tai pysyvää. Se voi tapahtua missä vaiheessa muutosprosessia tahansa eikä se ole epäonnistumista vaan kuuluu osana muutokseen. Ohjaajan tuki on tällöin välttämätöntä, jotta repsahdus ei jäisi pysyväksi vaan muutos jatkuisi parempaan suuntaan. (Ahonen ym. 2012, 37 - 39.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa muuttaa arjen toimintoja. Toisille riittää lyhyt interventio, kun taas toiset tarvitsevat pitempiaikaisen ohjauksen. Motivoivalla haastattelulla on tarkoitus auttaa potilasta löytämään sisäinen motivaationsa ja auttaa häntä saattamaan muutoksensa loppuun. Sairaanhoitajalta tarvitaan empatiaa ja ymmärrystä keskustelun aikana, ja hän voi esittää ohjattavalleen avoimia kysymyksiä ohjausprosessista. Refleктоiva kuuntelu kertoo sairaanhoitajan osaamisesta samoin kuin toisen asemaan asettautuminen. Ohjattavalle on hyvä antaa myönteistä palautetta muutosprosessista ja lopuksi kerrata tärkeimmät asiat. (Ahonen ym. 2012, 37 - 39.)

4 Ikääntyneen potilaan kotiutus

Kotiuttaminen tarkoittaa terveydenhuollon asiakkaana olevan ihmisen siirtymävaihetta hoidon tasolta toiselle, esimerkiksi sairaalasta kotiin kotihoidon asiakkaaksi. Onnistuneen kotiutuksen jälkeen iäkäs potilas ei palaa lyhyen ajan jälkeen samasta vaivasta johtuen takaisin häntä hoitaneeseen yksikköön. Perusterveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon potilaan hyvään kotiutukseen on paremmat mahdollisuudet kuin erikoissairaanhoidossa, jossa hoitoajat ovat reilusti lyhentyneet. (Grönroos & Perälä, 2006.)

Kotiutuksen ensisijainen tavoite on turvata vanhuksen selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään luomalla kotona selviytymiselle turvalliset lähtökohdat. Erityisen tärkeää tämä on, jos potilas ei ole aikaisemmin tuttu terveydenhuollossa, hoitajakso on ollut pitkä, hänen terveydentilansa on selvästi heikentynyt verrattuna osastohoitoa aikaisempaan tilanteeseen, kuntoutuminen on kesken tai hän on saattohoidossa. (Luhtasaari & Jämsén 2013, 522.)

lääkkään potilaan ja hänen läheisen osallistumista kotiutuksen päätöksiin pidetään tärkeänä. Turvallisuuden tunnetta ja välittämisen kokemusta edistävät tarpeeksi ajoissa suunniteltu kotiutus ja edellä mainittu potilaan näkemysten kuuntelu. Kotiutumista vaikeuttavina tekijöinä ovat mm. tiedon kulun puutteet eri hoitotahojen välillä, kotona tarvittavan avun saamisen

turvaaminen ja kotiympäristön puutteet sekä tietämättömyys siitä, kenelle kotiutuksen kokonaisvastuu kuuluu. (Grönroos & Perälä 2006.) Jotta kotona asumisen mahdollisuus säilyisi, kuntoutumisen mahdollisuus tulee selvittää palvelutarpeen suunnittelulla ja selvittämisellä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

Ikääntyneen siirtyessä sairaalasta kotiin on keskeistä arkielämän selviytymiseen liittyvät asiat ja sairauden hoidon ja sen tuoman muutoksen huomioiminen iäkkään ja hänen omaisensa kannalta. Jos ikääntyneen fyysinen toimintakyky on hyvä, epävarmuus kotona selviytymisessä vaikeuttaa selviytymistä, koska hänen on vaikea sairaalassa ollessa ennakoida tilannetta kotona. Tämän vuoksi jo sairaalassa on hyvä käydä yhdessä ikääntyneen kanssa läpi muutoksia aikaisempaan ja miettiä, miten muutokset mahdollisesti vaikuttavat kotona selviytymiseen. Myös toimintakyvyn arviointi sairaalassa on tärkeää. Ikääntynyt tarvitsee usein tukea itsestä huolehtimiseen. Parempikuntoisen ikääntyneen avun tarve voi liittyä esimerkiksi lääkehoidon muutoksista tai sairauden oireista selviytymiseen. Ikääntyneen kotona selviytymisen muutokset eivät aina aiheuta tarvetta sairaalahoitoon, jos ikääntynyt on kotihoidon asiakas. Kotihoidon avulla voidaan tukea riittävän ajoissa kotona selviytymistä. Kotihoidon käyntien määrä ei kuitenkaan ole taakka selviytymiselle, vaan käyntien tulee vastata sisällöltään tuen tarvetta. Hoitajien ja muiden ammattiryhmien sekä potilaan ja omaisten yhteistyö on hyvä muistaa ja pitää sitä yllä, jotta kotona selviytyminen ja tukipalvelujen tarve kohtaavat. (Koponen 2003, 116 - 118.)

Hoitoaikojen jatkuva lyhentäminen sairaalassa on johtanut siihen, että sairaanhoito on yhä useammin vain lääketieteellisen ongelman tutkimista ja hoitoa. Tämän vuoksi ikääntyneen kokonaistilannetta ei ehditä sairaalassa selvittää riittävästi ja avuntarpeen selvittely siirtyy kotihoidon tehtäväksi. Kotihoidon on turvattava riittävät voimavarat selviytymisen tehostamiseksi kotiutuksen jälkeen. Hoidon tarpeen ja selviytymisen yhteensovittamiseksi vaaditaan ammattilaiselta aikaa ja myös osaamista. Tämä on tärkeää, jotta ikääntynyt ja mahdolliset perheenjäsenet eivät jää ilman apua tai riittämättömän avun varaan kotiutumisen jälkeen. (Koponen 2003, 118.)

Koposen tutkimuksessa (2003) tarkoituksena oli kerätä sellaista tietoa, jolla iäkkään ja hänen omaisten selviytymistä kotiutumisen ja sairaalan siirtymisen jälkeen voitaisiin tukea paremmin. Tutkimuksessa todettiin, että ikääntynyt potilas ja hänen omaisensa kokevat kotiutumisessa niin sisäisiä kuin ulkoisia muutoksia. Sisäiset muutokset liittyvät ikääntyneen toimintakyvyn, terveydentilan ja voinnin muutoksiin ja ulkoiset muutokset palvelujärjestelmien ja hoidontarjoajien yhteistyöhön. Lisäksi todetaan, että kokemukset muutoksista voivat olla positiivisia, neutraaleja ja negatiivisia ja muutosten merkitykset voivat vaihdella selviytymisen edetessä. Tuloksista tulee ilmi myös se, että potilaalla on tarve säilyttää itsenäisyytensä toimintakyvyn heikkenemisestä riippumatta. (Koponen 2003, 54 - 60.)

Hoidon kokonaisuudessa ikääntyneen potilaan kotona selviytymistä tulisi tukea jo sairaalassa yhteisillä hoitotavoitteilla. Lisäksi potilaan ohjaus keskittyy toimintakyvyn muutokseen ja sen vaikutukseen kotona selviytymisessä. Ennen potilaan kotiutusta hoitotyöntekijä järjestää lääkke-, hoitotarvike-, apuväline- ja kodin muutostyöt valmiiksi. Tutkimuksessa todetaan potilaan itsemääräämisen tukeminen tärkeäksi osaksi kotiutumisen järjestelyissä. Joskus itsemääräämistä joudutaan rajoittamaan selviytymiskyvyn ollessa ristiriidassa ikääntyneen oman mielipiteen kanssa. Hyvin tärkeää on motivoida ja suostutella potilasta hyväksymään hänen tarvitsemiaan palveluja. Tiedonkulun kannalta tiedonkulku hoidon järjestäjän, potilaan ja omaisen välillä edellyttää potilaan kokonaistilanteen tuntemista ja riittävää molemmin puolista keskustelua. Tällä on merkitystä myös ikääntyneen omaisten antaman huolenpidon tukemisessa. Kokonaisuudessaan tiedonkulussa todetaan olevan puutteita. (Koponen 2003, 66 - 71.)

Ensisijainen päävastuu kotiutuksen järjestämisestä on potilaan omahoitajalla. Hän järjestää kotiutusta ja ottaa yhteyttä mahdollisesti muihin tarvittaviin yhteistyötahoihin. Kotiutuksen onnistumisen taustalla ovat suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien kesken sekä hoitotyön hyvä kirjaaminen potilaan terveydentilasta, toimintakyvystä, oireista sekä hoidon- ja palvelutarpeesta. Kotiutusvaiheessa omahoitaja varmistaa, että epikriisi, hoitotyön yhteenvehto, reseptit, ensimmäisen vuorokauden lääkkeet sekä tieto mahdollisista tulevista jatkokontrolleista ovat valmistuneet ja potilaalla on ne mukanaan. Lisäksi potilaan terveydentilan mukainen kuljetusvaihtoehto tulee päättää sekä ilmoittaa mahdollisille omaisille potilaan kotiutumisesta. (Luhtasaari & Jämsén. 2013, 522 - 523.)

Riihimäen terveyskeskuksen akuuttiosastolla potilaan kotiutuksen hoitaa hänen omahoitajansa. Varsinkin iäkkäillä potilailla kotiutuksessa on erityisen tärkeää huomioida, että potilaalla on lääkkeitä ainakin pariiksi seuraavaksi päiväksi, reseptit mahdollisista uusista lääkkeistä sekä kotiavain ja rahat kuljetukseen, kuten taksiin. Lisäksi potilas saa mukaansa ajan tasalla olevan lääkelistan lääkkeistään, hoitotyön yhteenvedon sekä ohjeet mahdollisista tulevista tutkimuksista, kuten laboratoriotutkimuksista tai röntgen-tutkimuksista. Jos iäkkäällä potilaalla on käytössä kotihoitopalvelut, hän saa mukaansa lisäksi tiedon kotihoidon seuraavasta käynnistä kirjallisena muistilapulla. Jos potilas on kotihoidon uusi asiakas, hänelle annetaan tiedot ensimmäisen käynnin ajankohdasta. Lisäksi potilaalle annetaan mukaan yhteystietoja eri palveluista ja neuvonnasta. (A. Ollikainen 2014.)

4.1 Kotiutuksen monimuotoisuus

lökkään kotiutus voi joissain tapauksissa tapahtua hyvin yksinkertaisesti, ja potilas pääsee kotiinsa tai muuhun hoitopaikkaan, kun lääketieteellisesti todettu sairaus on parantunut ja hoidettu. Usein potilaiden tilanteet ovat kuitenkin niin monimutkaisia, että kotiutus ei suju

suoraviivaisesti. Pelkkä lääketieteellisesti todetun sairauden paraneminen ja potilaan voinnin koheneminen eivät aina kerro tarkkaa kotiutuksen ajankohtaa ja kotiutuspaikkaa. Iäkäs potilas on usein monisairas ja huonokuntoinen. Tämän takia kotiutuksessa olennaisia seikkoja ovat selviytyminen kotona, kotiutuksen ajankohta, mahdollinen jatkohoitopaikka sekä mahdollisesti tarvittava kotiapu. Iäkkään kotiutus ei ole yksinkertainen prosessi, vaan se vaatii joskus monenlaisia järjestelyjä. (Lämsä 2013, 108.)

Kotiutuksen haasteena ovat osaltaan lyhentyneet hoitajakset. Potilaat ovat hoidossa lyhyen aikaa ja paine kotiutukselle on kova. Hoitoajat ovat lyhentyneet uuden teknologian ja hoitokäytänteiden vuoksi. Hoitajaksojen lyhentäminen vähentää kustannuksia ja potilaiden nopea vaihtuvuus tuo tilaa uusille potilaille. Osastojen käytäntönä on nykyään tehokkuuden maksimointi, minkä vuoksi paine nopeampaan kotiutukseen kasvaa. Iäkävällä samanaikaisesti iäkkäät potilaat ovat huonompikuntoisempia kuin ennen. Tämä ilmiö on huomattu jo 1970-luvulla ja nykyään tilanne on vielä huonompi. Hyvä kotiutus vaatii hoitohenkilökunnalta ja osastoilta paljon resursseja ja työaika. Myös eri potilasta hoitavien tahojen kanssa täytyy tehdä yhteistyötä, mikä vie aikaa hoitajilta. Jos kommunikaatiossa eri tahojen välillä on ongelmia, potilaan kotiutusprosessi kärsii ja vaikeutuu. (Lämsä 2013, 108 - 109.)

Iäkkään potilaan kotiutuksen epäonnistuminen voi johtaa potilaan palautumiseen takaisin hoitoon. Tätä ilmiötä kutsutaan ”pyöröovisyndroomaksi”. Potilas palaa kotiin tai hoitopaikkaan ja palautuu pian takaisin hoidon piiriin eri syiden kuten esimerkiksi kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Toinen iäkkään kotiutusta hankaloittava ilmiö on ”viivästynyt kotiutus”, jolloin kotiutus jostain syystä vain pitkittyy ja potilas on pitkään hoidettavana osastolla. Voi olla, että potilaalle ei löydetä jatkohoitopaikkaa, vaikka sairauden hoidon puolesta kotiutus olisi jo mahdollinen. Tämä aiheuttaa usein iäkkäälle potilaalle stressiä ja huolta, koska hänen tulevaisuutensa vaikuttaa epävarmalta. (Lämsä 2013, 109.)

Riihimäen terveyskeskuksen akuuttiosastolla on ajoittain tapauksia, jolloin ikääntynyt potilas on palannut usein saman vaivan takia päivystyksen kautta akuuttiosastolle. Usein potilaan tilanne on kuitenkin ratkaisevasti huonontunut ja hän tarvitsee osastopaikan ja esimerkiksi suonensisäisen antibioottilääkityksen. Jotta tätä osastokierrettä saataisiin ehkäistyä, tulisi A. Ollikaisen (2014) mukaan mahdollisen kotihoidon seurata ikääntyneen tilaa aktiivisesti ja suorittaa useampia käyntejä. Lisäksi laboratoriokontrolleja tulisi ottaa säännöllisesti ja hyvissä ajoin potilaan tilanteen ja voinnin muuttuessa. Kotiutuksen jälkeen potilaan tulisi saada alkuun tuetumpaa palvelua kotiin ja useita kertoja päivän aikana noin yhden tai kahden viikon ajan. A. Ollikaisen (2014) mielestä kotihoidon tulisi puuttua kotiutuksen jälkeen potilaan sairauden merkkeihin aktiivisemmin ja pyrkiä ennakoimaan saman sairauden mahdollisesti aiheuttama seuraava päivystyskäynti ja edelleen osastolle siirtyminen. Iäkkäiden potilaiden kotihoitoa tulisi siis tehostaa heti kotiutuksen jälkeen, ja heidän tulisi siirtyä mahdollisesti tehos-

tetun kotihoidon piiriin. Näin saadaan ehkäistyä näiden potilaiden jatkuva osastokierre. Hän ei esitä muita perusteita kierteen ehkäisemiseksi kuin kotihoidon tehostamisen. Kaikilla iäkkäillä ei kuitenkaan välttämättä ole kotihoitopalveluita käytössä. (A. Ollikainen 2014.)

4.2 Kotiutusperusteita

Kotiutusperusteita on monia ja niitä sovelletaan aina potilaan tilanteen mukaisesti. Lääketieteellinen kotiutusperuste on lääkärin ammattimainen mielipide sairauden tai vamman paranemisesta ja potilaan voinnin kohenemisesta. Potilaan pysymistä hoidossa tai mahdollista kotiutusta perustellaan mitattavissa olevilla arvoilla, kuten laboratoriotutkimuksilla tai kuvantamistutkimuksilla. Lääketieteellinen kotiutusperuste perustuu tieteellisiin tutkimuksiin. Toinen käytetty kotiutusperuste on potilaan toimintakyky. Kotiutusta mietitään potilaan arjessa selviytymisen näkökulmasta: tarvitseeko potilas apuvälineitä, kotihoitoa tai muuta apua selviytyäkseen. Toimintakykyyn liittyy mm. muistamattomuus, taipumus harhailla, kyky selviytyä ruuanlaitosta, kyky huolehtia puhtaudesta ja kyky liikkua. Toimintakykyyn perustuva kotiutusperuste on potilaslähtöinen, ja sitä arvioidaan suhteessa asumisoloihin ja potilaan käytävissä olevaan tukiverkkoon. (Lämsä 2013, 111.)

Kolmas iäkkään kotiutusperuste liittyy potilaan elämäntilanteeseen. Kotiutuksessa huomioidaan potilaan sosiaalinen verkosto ja elämäntavat. Elämäntilanteeseen liittyvä kotiutusperuste huomioi mm. päihteiden käytön, asumisolosuhteet, yksinäisyyden, turvattomuuden tunteen ja omaishoitajan jaksamisen. Myös tämä peruste on potilaslähtöinen, ja siinä huomioidaan potilaan henkilökohtainen elämäntilanne. Neljäs kotiutusperuste on hallinnollinen, ja siinä korostuu hoitavan yksikön näkökulma ja kustannukset. Potilaan kotiutusta suunniteltaessa mietitään asioita hallinnollisesta näkökulmasta. Kotiutuksessa huomioidaan hoidon tarvetta mm. hoitojakson pituuden ja keston mukaan, osaston sen hetkisen paikkatilanteen mukaan, jonotilanteen mukaan ja osaston erikoisalun mukaan. Tämä peruste on puhtaasti organisaatiolähtöinen, eikä siinä ajatella asioita potilaslähtöisesti. Jokainen näistä neljästä kotiutusperusteesta ohjaa potilaiden kotiutusprosessia, ja perusteiden päällekkäisyys saattaa hankaloittaa potilaiden kotiutusta. (Lämsä 2013, 111 - 112.)

Ihannetapauksessa kaikki kotiutusperusteet toteutuvat ja potilas voidaan kotiuttaa helposti ja kaikki sujuu hyvin. Sairaus tai vamma on parantunut, potilas selviytyy kotona itse tai avun turvin, hänen elämäntilanteensa on vakaa ja kotiutuksen jälkeen saadaan osastolle vapaa potilaspaikka. Todellisuudessa asiat sujuvat harvoin näin ja joskus kotiutuksen onnistumiseksi perusteista täytyy käydä neuvotteluja. Potilaan sairaus voi olla parantunut, laboratorioarvot hyvät, mutta potilaan toimintakyky on selvästi alentunut ja hän ei pärjää yksin kotona. Tässä tapauksessa hoitohenkilökunnan tulee priorisoida perusteet ja valita se peruste, jonka pohjalta kotiutusprosessia arvioidaan. Perusteiden väliset neuvottelut käydään usein potilaan ja hoi-

tohenkilökunnan välillä. Lääkärin mielestä potilas on valmis kotiutukseen, mutta potilas vetoaa elämäntilanteeseensa tai alentuneeseen toimintakykyynsä. Neuvotteluja voidaan käydä myös ammattikuntien välillä, lääkäri vetoaa kotiutuksen tieteelliseen näkökulmaan ja puoltaa kotiutusta. Hoitajat puolestaan vastustavat kotiutusta ja vetoavat potilaan heikkoon elämäntilanteeseen. (Lämsä 2013, 112 - 116.)

Kotiutusperusteista käydyt neuvottelut voivat olla joskus erittäin hankalia, koska eri toimijat arvioivat kotiutuksen mahdollisuutta eri näkökulmista. Lääketieteellinen ja hallinnollinen peruste käsittelee asiaa potilaan sen hetkisen hoidon ja osastolla olon tarpeella. Toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen liittyvät perusteet käsittelevät asiaa potilaan kotona selviytymisen näkökulmasta. Joskus eri näkökulmat johtavat eräänlaiseen umpikujaan, potilas ei tarvitse hoitoa osastolla, mutta ei pärjää kotona ja välihoitopaikkoja ei ole saatavilla. Tämän takia kotiutuksessa on pakko priorisoida perusteet ja suosia jotakin perusteista toisten kustannuksella. Perusteiden tärkeysjärjestys määräytyy kuitenkin aina tilannekohtaisesti. (Lämsä 2013, 116.)

Riihimäen seudun terveyskeskuksessa toimiva yhteistyöryhmä on laatinut terveyskeskussairaalan osastoille hyvän kotiutuksen laatuvaatimuksia ja kriteereitä. Kriteerejä ja laatuvaatimuksia on yhteensä kuusi. Ensimmäinen kriteeri on suunnittelu, eli kotiutuspäivä suunnitellaan etukäteen, siihen liittyvät asiat kirjataan potilastietoihin ja asiasta tiedotetaan eri osapuolille. Kotiutuspäivä tulisi olla tiedossa potilaalla, omaisella ja kotihoidolla kaksi päivää aikaisemmin. Uudeksi kotihoidon asiakkaaksi tullaan palveluneuvonnan kautta. Toinen kriteeri on jatkuvuus, eli potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma, jota päivitetään tarvittaessa. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi osastolla tulisi järjestää alustava kotiutusneuvottelu potilaan, omaisen, osastolla olevan hoitajan, palveluneuvojan ja kotihoidon hoitajan kanssa. Mukana voivat olla myös lääkäri, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kotiutusneuvottelussa sovitut asiat ja hoitojärjestelyt tulee sopia kirjallisesti. Kotiutumisvaiheessa potilas saa mukaansa epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon. Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään kotona. (Hyvä kotiutus - Laatuvaatimukset ja kriteerit 2014.)

Kolmas kriteeri on lääkehoito, eli lääkäri tarkistaa potilaan kotilääkityksen ja kirjoittaa reseptit. Potilas saa mukaansa lääkelistan ja jako-ohjeen. Jos potilas pystyy itse huolehtimaan lääkkeiden jakamisesta ja ottamisesta, ohjeet selvitetään hänelle. Muuten tarvittavat avut sovitaan kotihoidon kanssa. Tarvittaessa, esimerkiksi viikonlopun ajaksi, lääkkeet jaetaan potilaan mukaan enintään kolmeksi päiväksi. Neljäs kriteeri on apuvälineet, eli apuvälineiden tarve ja kodin soveltuvuus kartoitetaan tarvittaessa kotikäynnillä (mukana tarvittaessa potilas, omainen, fysioterapeutti ja hoitaja) ja ne hankitaan ennen kotiutumista. Potilasta ohjataan osastolla apuvälineiden käytössä, ja hän tietää apuvälinelainaanon yhteystiedot. Viides kriteeri on toimintakyky, eli kotona selviytyminen varmistetaan. Potilaan tulee selviytyä päivittäisistä toimista ja liikuntakyvyn tulee olla riittävä kotona selviytymiseen. Kuudes kriteeri

on jatkotoimenpiteet, eli potilas ja omaiset tietävät jatkohoidosta ja toiminnasta ongelmallisten tilanteiden tullessa vastaan kotona. Potilaan tulee saada yhteystiedot osastolle ja palveluneuvontaan. (Hyvä kotiutus - Laatuvaatimukset ja kriteerit 2014.)

4.3 Kotiutuksen onnistuminen

lääkkään potilaan kotiutuksen onnistuminen edellyttää, että kotiutuksen suunnittelu aloitetaan jo potilaan saapuessa hoitoon. Kotiutukseen liittyviä asioita täytyy kartoittaa ja asiaa on lähestyttävä monesta näkökulmasta. Kotiutuksen onnistumisen kannalta on parasta, jos kotiutusprosessiin osallistuu henkilöitä eri ammattikunnista. Lisäksi hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa hallitsemaan kotiutusprosessi ja sen eri osa-alueet. Kotiutusprosessi alkaa potilaan tullessa osastolle ja jo ensimmäisellä lääkärintarkastuksella mietitään kotiutuksen ajankohtaa ja -paikkaa ja eri vaihtoehtoja käydään läpi moniammatillisesti. Ihannetapauksessa hoitohenkilökunta voi pitää kotiutuskokouksia, joissa moniammatillinen työryhmä kartoittaa potilaan tilannetta, toimintakykyä ja tarvittaessa mahdollista jatkohoitopaikkaa. Osastoilla olisi myös hyvä olla käytössä yleiset lääkkään potilaan kotiutuksen toimintamallit, jotta kotiutus onnistuisi ja kotiutuksessa osattaisiin ottaa huomioon oikeita asioita. (Lämsä 2013, 109.)

A. Ollikaisen (2014) mukaan Riihimäen terveyskeskuksen akuuttiosastolla lääkkään onnistuneen kotiutuksen lähtökohtana on rauhallinen ja hyvä kotiutus. Tämä on ohjeena osastolla, vaikka A. Ollikainen myöntää, että aina tilanne ei ole tämä. Joskus kotiutus on nopea, eikä aina kunnolla suunniteltu. Onnistuneeseen kotiutukseen kuuluu hänen mukaansa tarvittavista papereista huolehtiminen ja potilaan huolellinen suullinen ohjeistus. Potilaalle selvitetään kaikki asiat, jotka ovat kirjallisena papereissa ja varmistetaan, että hän ymmärtää asiat. On myös tärkeää ilmoittaa kotiutuksesta kotihoitoon ja muille mahdollisille hoitaville tahoille sekä tietenkin omaisille. Ennen potilaan lähtöä tarkistetaan, että hänellä on kuljetus ja kaikki tavaranra ja kotiavain. Potilaan ravitsemuksesta huolehtiminen on erittäin tärkeää ja se täytyy huomioida jo paljon ennen kotiutusta. Hoitajan täytyy varmistaa, että kotona on ruokaa tai että potilaan hoidosta vastaava taho varmistaa asian. (A. Ollikainen 2014.)

Onnistuneeseen kotiutukseen liittyy myös tarvittavan avun järjestäminen niin, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi kotituessaan. Kotona voi olla joku vastassa tai mukana jo siirtymävaiheessa. Lisäksi huomioidaan ikääntyneen potilaan toimintakyky, ja tarvittaessa fysioterapeutti suorittaa kotikäynnin jo ennen kotiutusta ja arvioi apuvälineiden tarpeen. Apuvälineet täytyy myös huolehtia potilaan kotiin ennen kotiutusta tai sen yhteydessä. Apuvälineillä turvataan potilaan kotona selviytyminen ja liikkuminen. (A. Ollikainen 2014.)

Riihimäen terveyskeskuksen akuuttiosastolla pyritään lääkkään potilaan kotiutusta suunnittelemaan jo hyvissä ajoin. Potilaasta kirjataan hänen hoitoonsa liittyviä asioita HOITO-lehdelle

potilaskertomukseen. A. Ollikaisen (2014) mukaan potilaan tietoja on kirjattu hyvin HOITO-lehdille ja tietoja hyödynnetään kotiutuksen suunnittelussa, mutta HOITO-lehti ei hänen mielestään ole oikea sivu potilaskertomuksessa, josta näkee potilaan kotiutustilanteen. Käytössä on myös TIIV-lehti, jossa on kirjattuna kotohoidon käynnit, kotisairaanhoidon, ateriapalvelu, saunapalvelu, omaishoito, ravitsemuspalvelut, intervalli-hoitojaksot, yksityiset palvelut ja käytännössä kaikki mahdollinen apu, jonka potilas saa kotona selviytymisen tueksi ja kuinka usein. Tätä TIIV-lehteä ei vain aina päivitetä tarpeeksi usein ja tiedot eivät aina ole ajan tasalla. Myös potilaan yhteystiedot ja tärkeä puhelinnumerot on äärimmäisen tärkeää pitää ajan tasalla. TIIV-lehti on suuri apu iäkkään potilaan kotiutuksen suunnittelussa. Välillä potilasta kotiuttava hoitaja tai mahdollisesti kotiutushoitaja joutuu selvittämään kuitenkin puuttuvia tietoja muualta kuin kirjatusta tiedosta. (A. Ollikainen 2014.)

4.4 Kotiutuksessa huomioitavia asioita

Kotihoitopalvelujen tarpeen huomiointi on tärkeää iäkkään potilaan kotiutuksessa. Kotihoitopalvelujen saamisen edellytyksenä on, että asiakas täyttää saantikriteerit, jolloin palvelulle on olemassa tarve. Palvelut ovat erilaisia, jolloin asiakasta avustetaan juuri oikeiden tarpeiden mukaan. Palvelutarvetta voidaan arvioida mm. käytössä olevilla RAVA- ja MMSE-mittareilla. (Ikonen 2013, 28.) Kotihoidon palvelut sisältävät hoiva- ja sairaanhoidtopalveluja. Lisäksi asiakkaalle voidaan tarpeen mukaan järjestää tukipalveluina mm. ateriapalvelu, siivouspalvelua, turvallisuuspalvelu, kuljetuspalvelu, vaatehuoltoa, kylvetyspalvelua, erilaisia virkistyspalveluja ja saattajapalvelua. (Ikonen 2013, 72.)

Kotihoidon asiakkuus alkaa heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen, jolloin vastuu siirtyy kotiutuskoordinaattorille tai kotiutustiimille. Asiakkaan kotiin järjestetään ensikäynti, jolloin asiakasta tai hänen omaisiaan tai molempia haastatellaan ja otetaan selvää autettavan toimintatavoista. Käynnin aikana selvitetään asiakkaan omat voimavarat, apuvälineiden tarve ja opastus niiden käyttöön, hoidon tarve, asiakkaan omat odotukset ja toiveet hoidolta. Lisäksi kerrotaan kotihoidon palveluista, kysellään omaisten auttamismahdollisuuksista ja selvitetään eri palvelumaksujen perusteet. Taustatietolomake on hyvä apuväline selvittäessä asiakkaan tilannetta. Siihen voi kirjata henkilötietojen lisäksi mm. asiakkaan kivut ja sairaudet, päihteen käytön, ravitsemustilan, suun terveyden ja mahdollisen saatavilla olevan avun. Läheisillä on tärkeä rooli muistisairaahan henkilön taustoja selvittäessä. Myös naapuriavun merkitys saattaa olla tärkeää kotona selviytymisen kannalta. (Ikonen 2013, 147 - 158.)

Asiakkaan omat voimavarat vaikuttavat suoraan hänen toimintakykyynsä. Niitä voidaan tarkastella fyysisinä voimavaroina, jotka vaikuttavat suoraan asiakkaan päivittäisiin toimintoihin ja liikkumiseen. Henkiset voimavarat sisältävät tietoa ihmisen persoonallisuudesta, kognitiivisista taidoista ja mielenterveydestä. Sosiaaliset voimavarat kertovat asiakkaan sosiaalisesta

taustasta mm. parisuhteesta, ystävistä ja perheestä. Sosiaalinen tukiverkosto toimii positiivisella tavalla edistään iäkkään ihmisen voimavaroja ja mm. vähentäen riippuvuutta ammattituttajiin. Ympäristölliset ja taloudelliset voimavarat kertovat asiakkaan omasta kotiympäristöstä ja erilaisista palveluista. (Ikonen 2013, 147 - 158.)

Myös toimintakyvyn arviointi on tärkeä huomioida ennen kotiutusta. Edellisten 30 vuoden aikana koko väestön toimintakyky on parantunut. Alle 80-vuotiaista aikaisempaa pienempi osa kokee vaikeuksia liikkumisessa, päivittäisissä toimissa, itsestä ja kodista huolehtimisessa. Kuitenkaan vanhimmissa ikäryhmissä samankaltaista muutosta ei ole tapahtunut. Iäkkäiden toimintakyky ja sosioekonominen asema liittyvät yhteen. Matala sosioekonominen asema ja huonompi fyysinen sekä henkinen toimintakyky ovat yhteydessä toisiinsa. (Toimintakyky 2014.)

Toimintakyky on merkittävä osa ihmisen hyvinvoinnissa. Se merkitsee selviytymistä arjen askareista ja haasteista sekä itsestä huolehtimisesta. Näiden onnistumiseksi tarvitaan liikkumiskykyä, riittävää näköä ja kuuloa, kykyä ajatella, oppia ja muistaa sekä kykyä muiden ihmisten kanssa toimimiseen. Myös elämän kokeminen mielekkääksi vaikuttaa siihen, kuinka arjesta selviää. Toimintakyky on siis fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja psyykinen kokonaisuus ja näiden muodostaman kokonaisuuden tasapainotila. Ikääntyminen tuo ongelmia toimintakykyyn. Melkein yhdeksän kymmenestä 70-74-vuotiaasta selviytyy ilman vaikeuksia keskeisistä arjen toiminnoista, kuten pukeutumisesta, vuoteeseen asettumisesta ja asunnossa liikkumisessa, mutta yli 85-vuotiaista enää hieman yli kolmannes. (Toimintakyky 2014.)

Vuonna 2012 Suomessa kuoli tapaturmisiin kaatumisiin ja putoamisiin 1156 henkilöä, ja tapaturmista kolme neljästä (902) tapahtui yli 70-vuotiaille. Tapaturmaiset kaatumiskuolemat ovat yleisin iäkkäiden kuolemansyy. Kun iäkkäiden kaatumisesta aiheutuneet kuolemat on suhteutettu elossa oleviin naisiin ja miehiin, niin suhteellisesti enemmän miehiä kuoli tapaturmaisissa kaatumisissa. Puolessa tapauksista kaatuminen tapahtui kotona (505) tai sen läheisyydessä ja viidennes hoitolaitoksissa (242). Näiden lisäksi kaatuminen vaikutti 770 iäkkään kuolemaan, vaikka eivät suoraan sitä aiheuttaneet (Kuolemansyyt 2012).

Kaatumisriskin arvioinnissa kodin ja ympäristön vaaratekijät kartoitetaan. Vaaratekijöiden kartoitus, tarvittavien toimien suunnittelu ja toteutus tapahtuu moniammatillisesti. Iäkkään voimavarojen ja ympäristön yhteensopivuuden ja liikkumisen turvallisuuden arvioinnissa fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ovat tärkeässä asemassa. Myös kotihoidon henkilöt ovat tärkeä osa arvioinnin tekemisessä, koska heillä on todellinen kuva iäkkään arjen toiminnoista selviytymisestä. Asuinympäristön turvallisuuden kartoittaminen tulee tehdä kaikille ikääntyneille ja etenkin niille, jotka ovat kaatuneet aikaisemmin tai liikuntakyky tai näkökyky on heikentynyt. (Pajala 2012, 50.) Myös iäkkään henkilön kaikkien pitkäaikaissairauksien huomiointi on tärkeää, koska eri sairaudet yhdessä (monisairastavuus) voivat lisätä kaatumisris-

kiä hyvin paljon. (Pajala 2012, 63.) läkkäiden akuutit ja lyhytaikaiset sairaudet on syytä huomioida, sillä ne voivat laskea yleiskuntoa ja lisätä kaatumisriskiä, koska lyhyt vuodelepo sairauden aikana saattaa heikentää iäkkään tasapainon ja pystyasennon hallintaa. Tämän ehkäisemiseksi istumaan ja seisomaan nousu ovat tärkeitä toimintakyvyn ylläpitäjiä. (Pajala 2012, 62.)

Erityisessä kaatumisriskissä olevilla iäkkäillä voidaan käyttää kaatumisvaaran arviointimittaria selvittämään suurimmat kaatumisriskiä lisäävät tekijät ja arvioimaan kaatumisriskiä sekä antaa ohjeita jatkotoimiin. Kotona asuville ikääntyneille on käytössä esimerkiksi FROP-Committari, jossa selvitetään lyhyesti kaatumishistoriaa, päivittäistä toimintakykyä ja tasapainokykyä. Hoivapalveluissa ja sairaaloissa oleville ikääntyneille on käytössä FRAT-mittari, jossa selvitetään lyhyesti kaatumishistoriaa, lääkitystä, henkistä tilaa ja kognitiota. (Pajala 2012, 106-107, 146-147)

RAI (Resident Assesment Instrument) on kansainvälinen ikääntyneen asiakkaan hoidon tarpeen ja laadun arviointiväline. RAI:n käyttöön koulutuksen saaneet henkilöt voivat käyttää sitä iäkkäiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisen tukena sekä palvelujen kehittämisessä. (Mustonen, Mäkelä & Tigerstedt 2010, 149 - 150.) RAI koostuu neljästä toimintakyvyn osaluokasta, jotka ovat arjesta suoriutuminen, psyykinen hyvinvointi, kognitio sekä sosiaalinen vuorovaikutus ja aktiivisuus. Siinä huomioidaan myös ravitsemus, liikunta, kipu, pidätyskyvyttömyydet ja kaatuilu. RAI-järjestelmä on palvelutyypikohtainen eli se sisältää ydinkysymykset sekä palvelutyypin liittyviä kysymyksiä, jolloin sitä voidaan hyödyntää kotona, sairaalassa ja muussa laitoshoidossa. Siihen liittyy myös seulovia työkaluja, joita voidaan käyttää esimerkiksi päivystyspoliklinikalla. (RAI-järjestelmän rakenne 2014.)

Mini-Mental State Examination eli MMSE-testi on tarkoitettu edenneen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Sitä käytetään yleisesti ja se on helppo ja nopea toteuttaa. MMSE-testin tehtävät kuvaavat testattavan kielellisiä kykyjä, orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta, toiminnanohjausta, laskutaitoa ja hahmotuskykyä. Testin maksimi pistemäärä on 30. Alle 25 pisteen tulos kertoo poikkeavuudesta. Testitulokseen vaikuttavat koulutustaso, sosiaalinen asema sekä puheen häiriöt, koska tehtävissä vaaditaan kielellisiä taitoja. Nämä asiat on huomioitava testin tuloksia tulkittaessa. (Erkinjuntti, Viramo & Rosenvall.) MMSE-testiä voidaan hyödyntää palveluntarpeen arvioinnin kokonaisuuden yhtenä osana. Parhaiten MMSE-testi kuvaa toimintakyvyn muutosta useaa testitulosta vertailemalla. MMSE-testin tuloksinassa huomioidaan aikaisemmat tutkimustulokset, ikä, sukupuoli, koulutus, psyykinen oireilu, todetut muistisairaudet ja muut kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. (THL 2014.)

Alcohol Use Disorders Identification Testiä (AUDIT) eli alkoholin käytön riskit-testiä käytetään tunnistamaan alkoholin riskikäyttöä selvittämällä henkilön alkoholin käytön tiheyttä, käytetyn alkoholin määrää ja humalajuomista 13 kysymyksen perusteella. AUDIT-C-testi on lyhyt kolmen kysymyksen seulontatesti, joka toimii puheeksi oton välineenä. Tarvittaessa iäkäs henkilö tulee ohjata päihdehoitotyön ammattilaisen vastaanotolle. Masennuksen tunnistamiseen ikääntyneillä on kehitetty Geriatric Depression Scale (GDS-15) eli myöhäisiän depressioseula. Testiin kuuluu 15 suullista kysymystä. (Pajala 2012, 113-114.)

lääkällä tulee ottaa kotiutuksessa huomioon mahdolliset käytettävät apuvälineet ja palvelut, joiden avulla kotona asumista voidaan tukea. Kunnat ovat velvollisia järjestämään näitä palveluja iäkkäille tai vammaisille henkilöille. Ne voivat sisältää apuvälinepalveluiden lisäksi asunnon tarvittavat muutostyöt, jotta kotona asuminen olisi edelleenkin mahdollista. Apuvälinekeskuksesta lainataan apuvälineitä niitä tarvitseville. Tarpeen arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan kokonaistilanne, jotta apuvälineestä saataisiin suurin mahdollinen hyöty käyttöön. Tarpeen arviointi tehdään yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Apuvälineitä on saatavilla henkilökohtaisiin lääketieteellisiin hoitoihin, henkilökohtaiseen hygieniaan, liikkumista ja kodinhoitoa varten, kommunikointia helpottamaan sekä monia muita tarpeita varten. (Ikonen 2013, 121 - 128.)

Kotihoidon asiakkailta on käytössä hyvin erilaisia apuvälineitä. Turvapuhelimen avulla asiakas saa apua kaikkina vuorokaudenaikoina. Turvapuhelimen hälytysnappi on asiakkaalla mukana rannekkeessa, kaulanauhassa tai vyössä. Sitä painamalla saa puheyhteyden ennalta sovittuun henkilöön, esimerkiksi omaiseen. Iäkkäällä voi olla myös hyvinvointiranneke, joka seuraa käyttäjänsä tilannetta. Vastaanottaja saa tiedon internetyhteyden välityksellä asiakkaan viireystilasta, unenmäärästä ja liikkumisesta. Asiakkaan normaalista olotilasta poikkeavat muutokset aiheuttavat automaattisen hälytyksen vastaanottajalle. Käyttäjä voi myös itse hälyttää apua rannekkeen avulla. Muistihäiriöisen iäkkään tueksi on kehitetty kulunvalvontajärjestelmä, joka hälyttää asiakkaan poistuessa esimerkiksi ovesta tai piha-alueelta. Kadonnut henkilö voidaan paikantaa myös paikannuslaitteella, joka on käyttäjällään aina mukana. Hoitajakutsujärjestelmän avulla asiakas kutsuu hoitajan paikalle. Tämä on käytössä erityisesti palveluiloissa. (Ikonen 2013, 129 - 131.)

Asukkaan kotioveen voidaan asentaa sähköinen ovenavausjärjestelmä, joka helpottaa oven avaamista. Tätä järjestelmää käytetään kaukosäätimellä, numeronäppäimillä, sormenjälkitunnisteella tai avainperätunnisteella. Ulko-ovi voidaan avata myös ovipuhelimella. Sisätiloissa turvalaitteina käytetään turvaliettä, joka kytkeytyy automaattisesti pois päältä. Turvaliesien ominaisuuksia voidaan valita käyttäjän tarpeiden mukaan. Ruoka-automaatti on vaihtoehtoinen palvelu ateriapalvelulle. Ruoka-automaatin voi vuokrata kotiin ja se ohjaa puhuen käyttäjänsä. Automaatti täytetään toivottujen ruokien mukaan ja ruoka säilyy pakastettuna

automaatissa. Ruokailija valitsee ruokalistalta ruoan, jonka automaatti kypsentää uunissa. Käyttövalmiin ruoan automaatti ilmoittaa puheella ruokailijalle. (Ikonen 2013, 132 - 134.)

Liikkumista helpottavia apuvälineitä ovat kävelytelineet, rollaattorit ja pyörätuolit, jotka ovat käsikäyttöisiä tai sähköisiä. Sähkömopedit ovat tarkoitettu lähinnä ulkokäyttöön. Portais-
sa siirtymistä helpottavat erikseen asennetut luiskat, joita pitkin siirrytään tasolta toiselle. Erilaiset nostovyöt ja nostimet helpottavat asiakkaan siirtelyä. Eri asentoihin säädettävät sän-
gyt helpottavat asiakkaan liikuttelua. Peseytymistiloihin on tarkoitettu omat apuvälineensä, esimerkiksi korotettuja WC-istumia ja suihkutuoleja. Iäkkäille on tarjolla myös virikeapuväli-
neitä, joiden avulla iäkäs voi saada virkistystä arkeen. (Ikonen 2013, 136 - 141.)

Ravitsemustilanne on ehdottoman tärkeää huomioida kotiutuksen yhteydessä. Hyvä ravitse-
mus edistää sairauksista toipumista ja niistä kuntoutumista sekä mahdollistaa kotona asumi-
sen. Terveys ja toimintakyky säilyvät paremmin ravitsemustilan ollessa kunnossa. Sillä ehkäis-
tään myös uusien sairauksien syntymistä. Kotihoidon iäkäs asiakas saattaa tarvita tukea ja
apua saadakseen riittävän monipuolista ravintoa. Osallistuminen ruoanvalmistamiseen ylläpi-
tää asiakkaan vireyttä ja lisää myös ruokahalua. Ravitsemustilan seuranta on tärkeää, jolloin
voidaan puuttua ravitsemusongelmien aiheuttajiin. Näitä ovat esim. ruokahalun puute, erilai-
set sairaudet, lääkitys, puremis- ja nielemisongelmat, kuiva suu ja sosioekonomiset ongelmat
kuten yksinäisyys. (Ikonen 2013, 217 - 222.)

Iäkkäiden energiantarve on huomattavasti pienempi kuin työssäkäyvillä, mutta ravintoainei-
den tarve saattaa vastaavasti lisääntyä. Energiatarpeesta tulisi huolehtia myös sairauden ai-
kana tai jos ruokahalu on tavallista heikompi. Ruuan makuun tulisi kiinnittää silloin erityistä
huomiota ja rasvaa voisi lisätä energiantarpeen tyydyttämiseksi. Riittävä proteiinin saanti on
hyväksi myös iäkkäiden ravitsemuksessa. D-vitamiinilisää suositellaan 20 mikrogrammaa päi-
vässä, ja kala-aterioita tulisi olla kaksi kertaa viikossa. Painonhallinnasta huolehditaan muut-
tamalla tarvittaessa ruokailutottumuksia ja liikkumalla riittävästi. Lihaskuntoharjoitukset vai-
kuttavat myönteisesti tasapainon säilymiseen ja ketteryteen. (Suomalaisten ravitsemus ja
ruokailu 2012.)

Kotiutuksessa on tärkeää huomioida myös ikääntyneen käytössä oleva lääkitys. Ikääntyvän
ihmisen elimistö muuttuu vanhetessaan, jolloin lääkehoitoon tulee kiinnittää erityistä huo-
miota. Kehon rasvapitoisuus kasvaa, veden määrä vähenee, verenkierto hidastuu samoin kuin
lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset ovat yleisempiä. Kotioloissa iäkkäillä on tavallisesti
käytössä neljästä viiteen lääkettä, kun taas laitosoissa lääkkeitä on huomattavasti enem-
män, kahdeksasta kymmeneen. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Lääkkeiden vaikutus elimistössä muuttuu ihmisen vanhetessa. Lääkeannokset pitää tarkistaa säännöllisin väliajoin, jotta annostus pysyisi sopivana. Lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset voivat olla huomattavia samoin kuin eri lääkkeiden yhteisvaikutukset. Lääkkeitä saataan määrätä selvittämättä oireiden aiheuttajaa. Esimerkiksi vanhuksen valittaman kivun syy tulee selvittää, ennen kuin siihen määrätään uusia lääkkeitä. Ikääntyneet ovat myös eriarvoisessa asemassa verrattuna työikäisiin. Heidän oireitaan voidaan aliarvioida tai heitä ei kuunnella riittävästi. Hoitohenkilökunnan asenne ikääntynyttä kohtaan vaikuttaa lääkehoidon onnistumiseen merkittävästi. Yhteistyö ikääntyneen, hänen omaistensa ja hoitohenkilökunnan välillä on erityisen tärkeää. (Kivelä 2004, 13 - 14.)

Eri lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat johtua toisista lääkkeistä, ruoasta, juomasta tai jostakin muusta ympäristötekijästä. (Kivelä 2004, 34.) Lääkkeiden haittavaikutukset voivat olla myös vakavia kuten allergisia tai anafylaktisia reaktioita. Näitä ei aina pystytä ennakoimaan, vaikka lääkkeitä tutkitaankin jatkuvasti. Ikääntynyt on erittäin altis lääkitysten haittavaikutuksille ja joskus se voi olla syynä sairaalahoitoon. Tutkimuksessa on ilmennyt, että mitä iäkkäämpi ihminen, sitä enemmän on lääkkeiden haittavaikutuksia. Samaan tulokseen on päädytty lääkkeiden määrän lisääntyessä. (Kivelä 2004, 54.)

Ikääntyneellä voi esiintyä monenlaisia oireita lääkityksen haittavaikutuksina. Kognitiivisina häiriöinä voidaan mainita muistihäiriöt, sekavuus, levottomuus ja aistiharhat. Ruokatorven tulehdus voi syntyä happaman mahanesteen virratessa ruokatorveen. Sulkijamekanismin heikkeneminen aiheuttaa ruokatorven ärtymisen, jolloin oireina esiintyy vatsakipua, pahoinvointia, oksentelua ja jopa rintakipua. Eräät lääkeaineet aiheuttavat myös ruokatorven tulehdusta. Lääkityksen sivuvaikutuksena voi esiintyä myös masennusta, jolloin sitä aiheuttava lääkeaine tulisi poistaa tai vaihtaa toiseen vastaavaan lääkkeeseen. Vanhuksen masennusta tulisi hoitaa yhtä hyvin kuin nuoremmankin. (Kivelä 2004, 56 - 77.)

Verenpaineen vaihtelut voivat johtua myös lääkityksestä. Vanhemmiten tapaturma-alttius lisääntyy, ja syynä voi olla alhaisen verenpaineen aiheuttama lääkitys. Verenpaineen muutokset aiheuttavat huimausta, kaatumisalttiutta ja jopa tajunnanhäiriöitä. Vanhuksen liian vähäinen nesteiden nauttiminen aiheuttaa ortostaattisen hypotension. Tätä pyritään ehkäisemään juomalla päivittäin vähintään kaksi litraa nesteitä, vaikka ei janontunnetta olisikaan. Syljeneritys vähenee ihmisen vanhetessa, mutta joillakin lääkkeillä on sama vaikutus. Kuivan suun hoitoon tulee kiinnittää huomiota, jotta syöminen onnistuisi ongelmitta. (Kivelä 2004, 56 - 77.)

Virtsaamiongelmat ja ummetus voi johtua monesta syystä. Niitä esiintyy osin vanhenemisen seurauksena, mutta niitä esiintyy myös lääkkeiden sivuvaikutuksina. Neuroleptit aiheuttavat parkinsonismia. Oireet kehittyvät lähikuukausina hoidon aloittamisesta. Lääkitys pyritään lo-

pettamaan, jotta oireet poistuisivat. Toisinaan iäkkäälle puhkeaa lääkeparkinsonismista Parkinsonin tauti. Psykoosilääkkeiden haittavaikutuksena voi ilmetä akatisia, jolloin alaraajoissa on tahatonta liikehdintää ja rauhattomuutta. Hoitona pyritään lopettamaan lääkitys. (Kivelä 2004, 56 - 77.)

Vanhustyössä kaikkien työntekijöiden tulisi tunnistaa lääkeshoidon aiheuttamat haittavaikutukset ja raportoida niistä eteenpäin. Vanhuksen oireisiin ja käyttäytymiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jolloin hän saisi apua mahdollisimman pian. Lääkehoidot ovat kyllä tarpeellisia ja ne parantavat oikein käytettynä ikääntyneiden elämänlaatua. Se ei saisi olla kuitenkaan ainut hoitomuoto, sillä moni vaiva voisi parantua myös lääkkeettömästi. Oikeanlainen kuntoutus- ja viriketoiminta sekä kannustaminen ilahduttavat ikääntyntä. Näillä pyritään estämään masennuksen syntymistä ja pahenemista. (Kivelä 2004, 96.)

Turvallinen lääkehoito kuuluu asiakkaan kotihoitoon. Kotihoidon asiakkaalle tehdään kirjallinen lääkehoitosuunnitelma, jota noudatetaan ja lisäksi päivitetään kerran vuodessa. Lääkehoitosuunnitelma sisältää kaiken tarvittavan tiedon lääkehoidosta mm. henkilöstön vastuutilanteet ja lääkehuollon, joka sisältää ohjeet lääkkeiden tilaamisesta, säilyttämisestä, valmistamisesta jne. Sieltä löytyvät myös lupakäytännöt ja lääkkeiden jakamisohjeet. Lääkehoito toteutetaan aina lääkärin määräyksestä ja toteuttaja on laillistettu terveydenhuollon ammattilainen, jolla on kokonaisvastuu lääkehoidosta. Sairaanhoidajan kokonaisvastuuseen liittyy potilashoitotyöhön kuuluvaa ohjausta, neuvontaa sekä valvontaa. (Ikonen 2013, 236 - 237.)

Monet kotihoidon asiakkaat tai heidän omaisensa pystyvät itse huolehtimaan omasta lääkityksestään, jolloin kotihoidon tehtäväksi jää heidän ohjaamisensa ja lääkehoidon onnistumisen seuraaminen. Lääkkeiden haittavaikutukset voivat olla iäkkäillä ihmisillä erilaisia, jolloin asiakkaan itsehoitotaidoilla on merkitystä. Lääkehoidon onnistuminen on monen tekijän summa. Eri lääkkeiden yhteisvaikutukset, päihteet ja muut riskitekijät voivat vaikuttaa heikentävästi hyvään hoitotasapainoon, jolloin on osattava ottaa yhteyttä lääkäriin. Päivitetty lääkelista lisää turvallisuutta lääkehoidossa, sillä siinä ovat lääkkeiden nimet ja vahvuudet, käyttötarcoitus, annostus ja lääkkeen ottamisajankohta. (Ikonen 2013, 240 - 244.)

Edellä mainittujen asioiden lisäksi on tärkeää huomioida ikääntyneen mahdollinen päihteiden käyttö. Arvioiden mukaan Suomessa 5-10 % yli 64-vuotiaista on ajoittaista alkoholin ongelmaja riskikäyttöä. Saman ikäisistä n. 1 % arvioidaan olevan pitkittynyt alkoholiriippuvuus. Ikääntyneiden päihdeongelmisten määrä on kasvusuuntainen ikääntyneiden suhteellisen määrän kasvaessa, vaikka alkoholin käyttö on vähäisempää kuin muissa ikäryhmissä. Riskikäyttö näyttää myös vähenevän runsaasti yli 75-vuotiaiden joukossa. (Suhonen 2009.)

Yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön suosituksiksi on asetettu enintään seitsemän annosta viikossa ja enintään kaksi annosta kerralla. Suositus on määritelty lääkkeiden käytön ja sairauksien yleistymisen huomioiden. Suosituksen annosmäärät eivät välttämättä ole kaikille riittävän alhaiset, koska joidenkin lääkkeiden kanssa pienikin alkoholimäärä aiheuttaa haittoja. Lisäksi erilaiset toimintakyvyssä olevat vajavuudet, kuten heikko tasapaino, lisäävät haittojen mahdollisuutta. (Mustonen ym. 2010, 143.)

Ikääntyneiden päihteiden ongelmakäyttöön liittyy erityispiirteitä, kuten päihdehaittojen vaikea havainnointi muiden vanhenemismuutosten peittäessä niitä sekä asian salaaminen ja häpeä, jotka vaikeuttavat avun tarjoamista. Päihdeongelmista kärsiviä ikääntyneitä ei löydetä tietyn stereotyyppisen mallin mukaan, koska ryhmä koostuu hyvin erilaisissa tilanteissa olevista henkilöistä. Myös ikääntyneiden päihdeongelmaisten naisten määrä on kasvamassa. Terveystyön ja päihdehuollon työntekijöiden kokemukseräinen huomio on, että päihteiden käyttöön liittyy yhä useammin kaksoisdiagnoosi, kuten alkoholidementia tai alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö tai esimerkiksi peliriippuvuus. (Suhonen 2009.)

Ikääntyneiden päihteiden ongelmakäytön taustalla on suurimmalta osin jo nuoruudessa alkanut alkoholin runsas ja ongelmallinen kulutus, mutta ongelma on pysynyt rajoissa esimerkiksi työn rytmittäessä elämää. Eläkkeelle jäämisen jälkeen ja ikääntymisen aiheuttamien muutosten vuoksi ongelma voi tulla näkyväksi. Vain yksi kolmasosa aloittaa runsaan alkoholin käytön vasta vanhemmalla iällä, jolloin aiheuttajina usein ovat yksinäisyys, sairaudet, toimettomuus ja traumaattiset kokemukset. Ikääntyneet ovat herkempiä alkoholin riskikäytön aiheuttamille ongelmille. Alkoholin sietokyky heikkenee, humalakäyttäytyminen muuttuu ja alkoholi yhdessä sairauksien, lääkkeiden ja ikääntymisen tuomien rajoitteiden kanssa saattaa aiheuttaa arvaamattoman riskin. Esimerkiksi alkoholin aiheuttamat kognitiiviset oireet ja muistisairauden alkuvaihe voivat olla hankala erottaa toisistaan. Ikääntyneiden päihdeongelmien hyvä kohtaaminen ja hoito vaativat yhteistyötahojen tiivistä työskentelyä sekä palveluohjausta. Yhteistyössä tulisi toimia kotipalvelu, kotisairaanhoido, terveydenhuolto ja päihdetyö, koska käytännön työssä sen on huomattu tuloksiltaan hyvää. (Suhonen 2009.)

Vuonna 2007 yli 65-vuotiaiden päihdehaitoista johtuvia hoitojaksoja oli kirjattu yli 3300. On arvioitu, että haitat ovat todellisuudessa suurempia. Ongelmakäyttö aiheuttaa myös sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia iäkkäälle itselleen, hänen lähiympäristölleen sekä yhteiskunnalle. Alkoholin ongelmakäytön on todettu RAI:n avulla olevan vuonna 2003 alkaneen seurannan mukaan melko pysyvä koko palvelujärjestelmää kuormittava tekijä. (Mustonen ym. 2010, 138 - 150.)

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen lähtökohtana oli Riihimäen terveyskeskuspäivystyksen tarve tutkimukselle, jolla haluttiin selvittää ikääntyneen potilaan kotiutukseen vaikuttavien tietojen keräämistä potilaan tullessa päivystykseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, millaisia asioita päivystyksen hoitohenkilökunta kirjaa ja millaisia asioita akuuttiosaston henkilökunta toivoo päivystyksessä kirjattavan, jotta potilaiden kotiutus onnistuisi tarkoituksenmukaisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä tietoja hoitohenkilökunta tarvitsee akuuttiosastolla kotiutusta suunnitellessaan ja mitä tietoja he pitävät tärkeänä kirjata jo päivystyksessä potilaan onnistuneen kotiutuksen kannalta. Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisia asioita HOITO-lehdille on kirjattu päivystyksessä ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyen?
- 2) Millaisia ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyviä asioita hoitohenkilökunta selvittää ja kirjaa potilaan tullessa päivystykseen?
- 3) Millaisia asioita päivystyksessä tulisi kirjata ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyen, jotta kotiutus toteutuisi hyvin akuuttiosastolta?

5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksessa selvitettiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä, millaisia asioita hoitohenkilökunta kirjaa päivystyksessä HOITO-lehdelle ikääntyneen potilaan kotiutuksesta. HOITO-lehdelle kirjatut tiedot analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä selvitettiin, millaisia potilaan kotiutukseen liittyviä asioita on tärkeää selvittää ja kirjata potilaan tullessa päivystykseen sekä mitä kotiutukseen liittyviä asioita akuuttiosaston hoitohenkilökunta haluaisi päivystyksessä kirjattavan jo tulovaiheessa.

5.2.1 Määrällinen tutkimus

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tilastollinen tutkimus, jonka avulla selvitetään tutkimusongelmaa numeeristen arvojen ja prosenttiosuuksien avulla. Jotta määrällinen tutkimus voidaan suorittaa, täytyy analysoitavan aineiston olla tarpeeksi suuri ja edustava otos. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavaa asiaa kuvataan numeeristen arvojen avulla ja tutkimuksen tulokset esitetään taulukoina ja erilaisina kuvioina. Tuloksia voidaan esittää myös asioiden välisinä riippuvuuksina ja jakaumina. Määrällisestä tutkimuksesta saatuja tuloksia

voidaan yleistää koskemaan suurempaa joukkoa tilastollisella päättelyllä. Näin saadaan selvitettyä jokin olemassa oleva tilanne, mutta tuloksien perusteella ei kuitenkaan voida tarpeeksi hyvin selvittää tutkittavien asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16.)

Tarvittava tutkimusaineisto ja tiedot tutkimusta varten voidaan kerätä erilaisista tietokannoista, tilastoista ja rekistereistä. Tällaisia valmiita aineistoja voidaan kuitenkin harvoin käyttää sellaisenaan määrällisessä tutkimuksessa ja niitä voidaan joutua muokkaamaan ja yhdistelemään ennen tutkimuksen tekoa. Usein valmiita aineistoja käytetään itse kerättyjen aineistojen rinnalla vertailukohtina. Määrällisessä tutkimuksessa tiedot kerätään tutkittavasta asiasta yleensä itse. Tutkimuksen alussa päätetään tutkimusongelma, jonka pohjalta päätetään kohderyhmä sekä tiedonkeruumenetelmä. Määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät ovat yleensä erilaisia kyselyjä tai lomakkeita. (Heikkilä 2008, 18 - 19.)

Määrällisen tutkimusprosessin aluksi määritetään tutkimusongelma eli valitaan aihealue, minkä jälkeen asetetaan tutkimukselle varsinaiset tavoitteet sekä hankitaan tarvittavaa taustatietoa. Tässä vaiheessa tutustutaan aikaisempiin tutkimuksiin ja perehdytään muuhun kirjallisuuteen. Seuraavaksi laaditaan tutkimussuunnitelma, jossa tavoitteet tarkennetaan ja lisäksi valitaan tutkimusmenetelmä, otantamenetelmä ja päätetään aineiston käsittelytapa. Tutkimussuunnitelman jälkeen laaditaan tiedonkeruuväline ja kerätään tarvittava tieto. Tämän jälkeen kerätyt tiedot käsitellään ja analysoidaan. Viimeisinä vaiheina ovat tulosten raportointi sekä johtopäätösten teko ja saatujen tulosten hyödyntäminen. (Heikkilä 2008, 25.)

Tämän opinnäytetyön määrällisen tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla, jonne syötettiin aikaisemmin laaditun mittarin perusteella yksittäisiä tietoja, joita voidaan hyödyntää kotiutuksen suunnittelussa. Näitä ovat mm. potilaan fyysinen toimintakyky, asu-
mismuoto ja mahdolliset tukiverkot. Seuraavaksi poimittiin HOITO-lehdiltä kirjattuja tietoja ja ne siirrettiin ohjelmaan sen mukaan, oliko lehdillä mainintaa asiasta. Tietojen syöttämisen jälkeen ohjelma tilastoi kaikki kohdat, minkä jälkeen selvisi, kuinka usein lehdillä on mainittu kyseiset asiat. Näin saatiin tietoa kirjaamisen kokonaisvaltaisuudesta ja tarkat tiedot siitä, mitä asioita lehdille oli kirjattu potilaista.

Ennen tietojen syöttämistä ohjelmaan HOITO-lehdet käytiin huolellisesti lävitse useaan kertaan. Lehdiltä alleviivattiin eri asioita, joita luokiteltiin mittarin tietojen perusteella. Mittaria käytettiin aineiston analyysissä lopulta suuntaa-antavana apuvälineenä, jotta lehdiltä osattiin etsiä oikeita asioita. Koska kirjatut asiat eivät aina vastanneet mittarissa lueteltuja asioita, aineistoa jouduttiin välillä tulkitsemaan, jotta kirjatut asiat saatiin luokiteltua. Analyysivaiheessa huomattiin myös, että useissa lehdissä oli asioita kirjattu hyvin lyhyesti. Joissain lehdissä ei ollut mitään kotiutuksen suunnittelun kannalta olennaisia asioita kirjattuna. Tämän

takia tutkimuksesta on varmasti hyötyä tilaajalle ja kirjaamista voidaan mahdollisesti kehittää.

HOITO-lehdet käytiin läpi yksi kerrallaan ja mittaria käytettiin vierellä vertailukohtana. Asiat poimittiin samassa järjestyksessä, kuin ne ovat mittarissa, ja erikseen laitettiin ylös asioita, jotka jäivät mittarin ulkopuolelle. Näitä asioita ei kuitenkaan ollut monta. Koska kirjaaminen on hyvin vaihtelevaa ja sanamuodot erilaisia eri kirjaajilla, jouduttiin aineiston analyysivaiheessa tulkitsemaan ja luokittelemaan tietyt ilmaisut tiettyihin mittarin osiin kuuluviksi. Kun HOITO-lehdellä oli esimerkiksi kirjattu potilaan käyttävän pyörätuolia, tieto tulkittiin niin, että kirjaaja oli huomionnut potilaan fyysisen toimintakyvyn ja apuvälineiden käytön tarpeen. Tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta kaikki tehdyt tulkinnat täytyy esitellä, jotta tutkimuksessa mittarin avulla tehty luokittelu olisi selkeä ja ymmärrettävä. Joidenkin asioiden tulkitseminen oli hyvin selkeää, kuten potilaan iän tai tulosyyn. Toiset asiat olivat enemmän tulkinnanvaraisia, kuten onko potilaan ravitsemustilasta kirjattu mitään tietoja. Liitteesä 4 on selitteenä analyysissä käytetyt tulkinnat ja tietojen luokittelu.

5.2.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan ymmärtää tutkittavaa kohdetta ja selittää tutkittavien asioiden syitä. Laadullisen tutkimuksen avulla keskitytään yleensä pienen aineiston analysointiin mahdollisimman tarkasti ja tutkimuksen tarkoituksena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin asioista. Laadullinen tutkimus on hyvä menetelmä, kun halutaan tutkia vaihtoehtoja, selvittää ongelmia tai kehittää toimintaa. Aineisto kerätään yleensä tekstimuodossa ja sitä on vähemmän kuin määrällisessä tutkimuksessa. Valmiita aineistoja voivat olla erilaiset kirjeet tai päiväkirjat, mutta yleensä aineisto kerätään kuitenkin itse. Laadullisen tutkimuksen aineiston keräämiseen voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, mm. haastattelua, havainnointia ja dokumentteihin perustuvaa tietoa. Yleensä aineiston keräämisessä käytetään lomakehaastatteluja, teemahaastatteluja tai ryhmäkeskusteluja. (Heikkilä 2008, 16 - 17.)

Laadullisessa tutkimuksessa tehtävän haastattelun tarkoituksena on selvittää tutkimuksen kannalta olennaisia asioita mahdollisimman tarkasti. Jotta tämä toteutuisi, on suositeltavaa antaa haastattelun aihe, teemat tai kysymykset vastaajien tietoon etukäteen. Haastattelija pyrkii selvittämään haastateltavan ajattelua ja hänen toiminnan syitä tutkimuksen aiheeseen liittyen. Tätä helpottaa haastattelun joustavuus, koska haastattelu on mahdollista toteuttaa keskustellen, jolloin haastattelija voi kysyä haluamassaan järjestyksessä kysymyksiä, tarkentaa niitä sekä korjata väärinkäsityksiä. Aineiston keräämiseen haastattelun avulla liittyy myös virhelähteitä. Haastattelijan on syytä huomioda, että haastateltavan vastaukset eivät välttämättä ole oikea totuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72 - 73.)

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 206 - 207) mukaan haastattelun luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi myös tilannesidonnaisuus, jolloin haastateltavan kertomat asiat voivat erota haastattelutilanteessa paljonkin siitä, mitä mieltä hän muussa tilanteessa on käsiteltävistä aiheista. Tästä johtuen tulosten tulkinnassa niiden turhaa yleistämistä pitää välttää.

Laadullisen tutkimuksen yhtenä tutkimusmenetelmänä käytetään usein teemahaastattelua. Teemahaastattelussa pidetään tärkeänä ihmisten tulkintoja asioista, asioille annettuja merkityksiä ja kuinka merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on laadittu ennalta sovittujen teemojen mukaan. Jokaiseen teemaan voidaan valita niihin sopivia tarkentavia kysymykset, joita haastateltaville esitetään. Usein teemat syntyvät tutkimuksen teoriasta ja viitekehuksesta. Teemahaastattelun tarkoituksena on löytää tutkimustehtävän ja -kysymysten kannalta merkityksellisiä vastauksia. Myös tutkimukseen osallistuvien haastateltavien valintaan on hyvä panostaa, koska heillä täytyy olla kokemusta ja tietoa riittävästi tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75 - 86.)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla laadullisessa tutkimuksessa kerättyä aineistoa analysoidaan. Sen avulla käsiteltävää aihetta saadaan kuvattua tiivistettynä ja yleistettynä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Analyysin toteuttamisen voi kuvata lyhyesti näin: päätetään aineistosta ilmiö, joka on tärkeä, litteroidaan aineisto, luokitellaan aineisto, teemoitetaan ja tyypitellään aineisto. Tarkemmin kerrottuna luokittelussa aineisto järjestetään eri luokkiin. Teemoittelussa aineisto ryhmitellään eri teemojen mukaan. Tyypittelyssä yleistetään tiettyyn teemaan kuuluvat näkemykset. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kerätystä aineistosta selkeä ja luotettava lopputulos pelkistämällä, ryhmittelemällä sekä luomalla teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 - 93.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kerätystä hajanaisesta aineistosta selkeä ja luotettava lopputulos. Aineistolähtöinen laadullisen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen (reduointi), ryhmittelyyn (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luomiseen (abstrahointi). Tarkemmin kerrottuna pelkistämisessä kerätään vain olennainen tieto haastatteluaineistosta. Alkuperäisilmaukset eli ne ilmaisut, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin, pelkistetään. Ennen sisällön analyysia määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla yhdestä sanasta lausekokonaisuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 110.)

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan aineiston ryhmittelyssä koko haastatteluaineistosta valitut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja niistä voidaan etsiä samankaltaisia ja eroavia käsitteitä, jotka kerätään luokaksi. Lisäksi luokka nimetään käsitteellä, joka kuvaa luokkaan kerättyjä käsitteitä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen siirrytään käsitteiden luomiseen, jossa haastattelu-

aineistossa käytetyistä ilmaisuista muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja näitä käsitteitä yhdistelemällä vastaus tutkimuskysymyksiin alkaa muodostua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110 - 111.)

Tämän opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen aineiston keruu suoritettiin teemahaastatteluil- la ja yhteensä haastateltiin kuutta terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan jäsentä, kolme haastateltavista valittiin päivystyksestä ja toiset kolme valittiin akuuttiosastolta. Aineiston analyysitavaksi valittiin sisällönanalyysi, koska sen avulla tutkimuksen aineistoa voitiin analysoida hyvin järjestelmällisesti. Jokainen haastattelu kirjoitettiin ensin puhtaaksi, litteroitiin. Tämän jälkeen aineisto luettiin läpi huolellisesti useaan kertaan ja aloitettiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysit tehtiin erikseen päivystyksen ja akuuttiosaston hoitohenkilökunnan haastatteluille, koska aineistosta haettiin vastauksia kahteen eri tutkimuskysymykseen.

Sisällönanalyysissä aineistosta poimittiin ensin alkuperäisilmaisuja, jotka koottiin yhteen. Alkuperäisilmaisuja etsittäessä pidettiin koko ajan mielessä tutkimuskysymys, johon haettiin vastausta, ja ilmaukset koostuivat lauseista tai sanoista, jotka liittyivät olennaisesti tutkimuskysymykseen. Lopulta kaikki tutkimuskysymykseen liittyvät alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja ne pelkistettiin etsimällä niistä samankaltaisuuksia ja mahdollisia eroavaisuuksia. Taulukossa 3 on esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTÄMINEN
<p>”ja sit mä sinne hoitotyön toimiin sitten erikseen laitan kaiken tämmösen avustamisen”</p> <p>”Sit vähän liikkumisesta et miten liikkuu.”</p> <p>”ensinnäkin pysyä jaloillaan, pystyssä sillain ettei oo semmosta riskiä et se kovin helposti kaatuu- lee.”</p> <p>”sairaudet esimerkiks ja tota ravitseemus, mielen- terveys, ja yleinen aktiivisuus mun mielestä aina- kin. Ja ihmiskontaktit tietysti.”</p>	<p>Avustamisen tarve</p> <p>Liikkuminen</p> <p>Kaatumisriski</p> <p>Ravitseemus</p> <p>Aktiivisuus</p> <p>Mielenterveys</p> <p>Ihmiskontaktit</p>

Taulukko 3: Alkuperäisilmauksien pelkistäminen.

Seuraavaksi pelkistettyjä ilmauksia käytiin läpi huolellisesti ja niistä muodostettiin ryhmitte- lyn eli klusteroinnin avulla erilaisia alaluokkia. Alaluokat saatiin muodostettua etsimällä jäl- leen pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia sekä mahdollisia eroavaisuuksia. Taulukossa 4 on esimerkki aineiston alaluokkien muodostamisesta.

PELKISTÄMINEN	ALALUOKKA
Avustamisen tarve	Avun tarpeen kirjaaminen
Liikkuminen	Liikkumisen kirjaaminen
Kaatumisriski	Ravitsemustilan kirjaaminen
Ravitsemus	Mielenterveys- asioiden kirjaaminen
Aktiivisuus	
Mielenterveys	
Ihmiskontaktit	

Taulukko 4: Pelkistysten ryhmittely alaluokiksi.

Alaluokat käytiin myös huolellisesti läpi ja niiden muotoa vielä hieman paranneltiin. Lopulta siirryttiin abstrahointiin ja alaluokista muodostettiin yläluokkia eli teoreettisia käsitteitä. Nämä teoreettiset käsitteet muodostivat lopullisen vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen. Taulukossa 5 on esimerkki alaluokkien yhdistämisestä ja teoreettisten käsitteiden muodostamisesta.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Avun tarpeen kirjaaminen	TOIMINTAKYKYYN LIITTYVIEN ASIOIDEN KIRJAAMINEN
Liikkumisen kirjaaminen	
Ravitsemustilan kirjaaminen	
Mielenterveys asioiden kirjaaminen	

Taulukko 5: Teoreettisten käsitteiden muodostaminen.

Tätä edellä esitettyä sisällönanalyysin mallia käytettiin opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen aineiston analyysissä. Tutkimuksen sisällönanalyysin avulla saatiin vastaukset kahteen tutkimuskysymykseen ja tulokset saatiin selville opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti. Tulokset jaettiin kahteen osaan tutkimuskysymysten mukaisesti, koska kohderyhmänä tutkimuksessa oli kaksi eri osastoa, Riihimäen seudun terveyskeskuksen päivystys sekä akuuttiosasto.

5.2.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Määrällisen tutkimuksen tutkimuskohteena oli päivystyksestä saatu tutkimusaineisto, HOITO-lehdet. Tutkimusaineisto saatiin terveyskeskuspäivystyksen osastonhoitajalta parissa osassa. Tutkimusta varten piti aluksi saada sellaisten potilaiden HOITO-lehdet, joilla on todettu tietyt diagnoosit, kuten sydämen vajaatoiminta tai keuhkokuume. Tämä ei kuitenkaan toteutunut,

vaan HOITO-lehdet oli poimittu yleisesti iäkkäiden potilaiden potilastiedoista. Valinnan peruste oli ajanvarauskirjalla oleva tieto, jossa mainitaan tulosityyksi yleistilan lasku, ja tarkemmin jalkojen kantamattomuus, heikotus, kuivuminen, infektio-epäily tai kaatuminen. Toinen kriteeri HOITO-lehtien valinnalle oli se, että kyseinen potilas siirtyy päivystyksestä jatkohoitoon Riihimäen seudun terveyskeskusten vuode-osastoille. HOITO-lehtiä saatiin yhteensä 80 kappaletta ja ne olivat vuosilta 2013 - 2014.

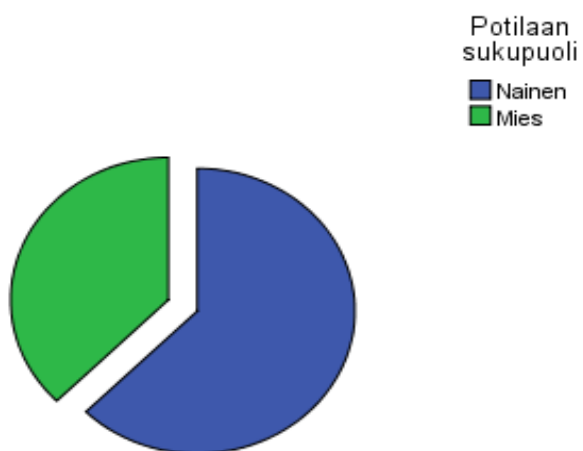
Laadullisen tutkimuksen kohderyhmänä oli terveyskeskuksen päivystys ja akuuttiosasto, joista teemahaastatteluihin osallistui yhteensä kuusi hoitohenkilökunnan jäsentä. Päivystyksen osastonhoitaja valitsi haastateltavat päivystyksestä ja akuuttiosaston osastonhoitaja valitsi vastaavasti haastateltavat akuuttiosastolta. Teemahaastattelut suoritettiin ennalta sovittuna aikana rauhallisissa tiloissa yksi kerrallaan sekä päivystyksessä että akuuttiosastolla.

6 Tutkimustulokset

Määrällisen tutkimuksen aineiston analyysillä saatiin vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, jolla selvitettiin, millaisia asioita HOITO-lehdille oli kirjattu päivystyksessä ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyen. Tulokset muodostuvat SPSS-ohjelmaan syötetyistä HOITO-lehtien kirjatusta tiedoista, jotka on jaettu eri muuttujiksi. Tuloksista selviää onko kyseinen potilaaseen liittyvä tieto mainittu HOITO-lehdellä vai ei ole mainittu. Tulokset jaettiin eri osa-alueisiin analyysin luokittelun perusteella ja ne käytiin lävitse jokainen alue erikseen.

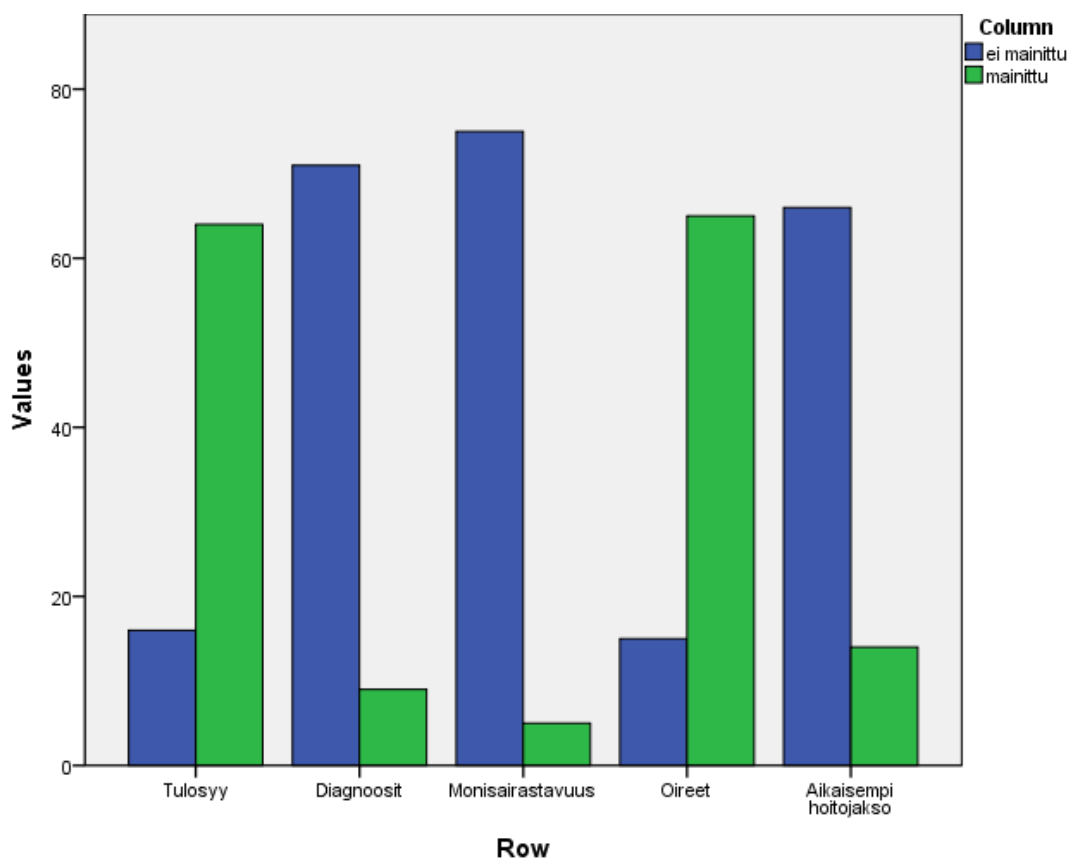
Laadullisen tutkimuksen teemahaastattelujen avulla saatiin vastaus toiseen tutkimuskysymykseen, jossa kysyttiin, mitä kotiutukseen liittyviä asioita päivystyksen hoitohenkilökunta selvittää ja kirjaa ikääntyneen tullessa päivystykseen. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä kysyttiin akuuttiosaston hoitohenkilökunnan toiveita liittyen päivystyksen kirjaamiseen. Haastattelujen tulokset selvitettiin sisällönanalyysien avulla.

6.1 Kirjaamisen toteutuminen päivystyksessä



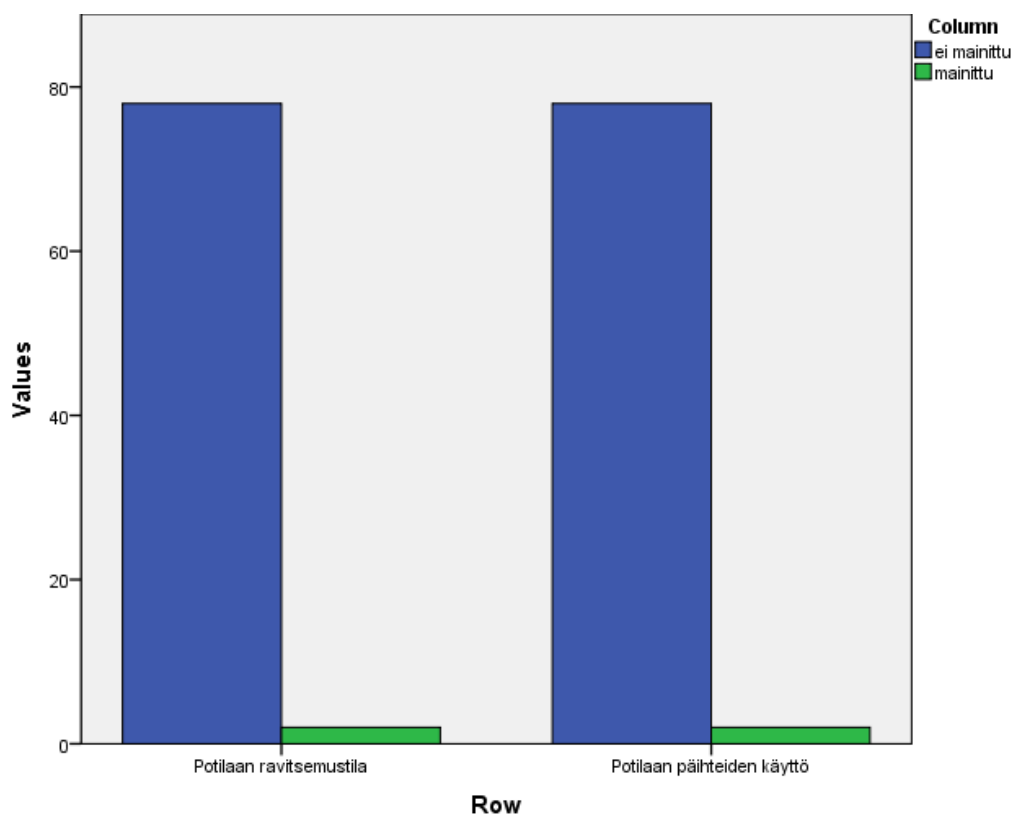
Kuvio 1: Sukupuolten jakauma.

Potilaiden sukupuolet jakautuivat seuraavasti: naisia oli 62,5 % eli 50 ja miehiä 37,5 % eli 30 (Kuvio 1). Vanhin potilas oli 101-vuotias ja nuorin 56-vuotias. Ikäjakauma oli melko tasainen näiden välillä ja otannasta 10 % oli 83-vuotiaita. Suurin ikäryhmä oli 80- 90-vuotiaat.



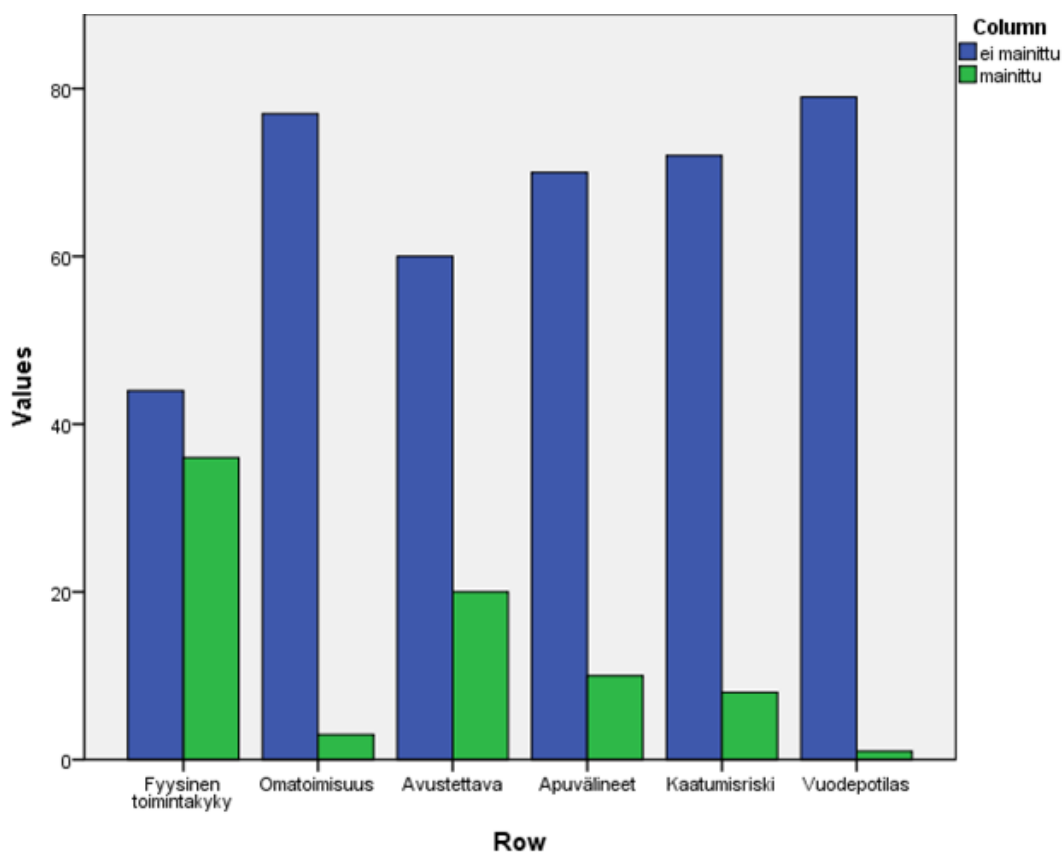
Kuvio 2: Kirjausten määrien jakautuminen.

Potilaan tulosyy on kirjattu HOITO-lehdille hyvin, 80 %:lla lehdistä tulosyy on mainittu. Tulosyyn näkyminen potilaan tiedoissa on tärkeää, koska tämän perusteella potilaan hoitoa suunnitellaan ja jatkohoitoa koskevia päätöksiä tehdään. Puolestaan potilaan aikaisempia diagnooseja eli todettuja sairauksia ei HOITO-lehdillä ollut mainittuna kuin 11,3 % kirjauksista, mutta tiedot potilaan perussairauksista näkyvät varmasti jossain toisessa potilastietojärjestelmän osassa, kuten lääkärin käyttämällä yleislääketieteen YLE-lehdellä. Potilaan monisairastavuuden huomioiminen on myös tärkeää jatkohoitoa suunniteltaessa, mutta HOITO-lehdillä on mainittu useita todettuja perussairauksia vain 6,3 %. Potilaan oireita on kirjattu HOITO-lehdille hyvin ja kattavasti, 81,3 % lehdistä oli oireita kirjattuna. Aikaisemmista saman potilaan hoitajaksoista oli maininta 17,5 % lehdistä. Kuvio 2 näkyy tulosyytä, diagnooseja, monisairastavuutta, oireita ja aikaisempia hoitajaksoja koskevien kirjausten määrä.



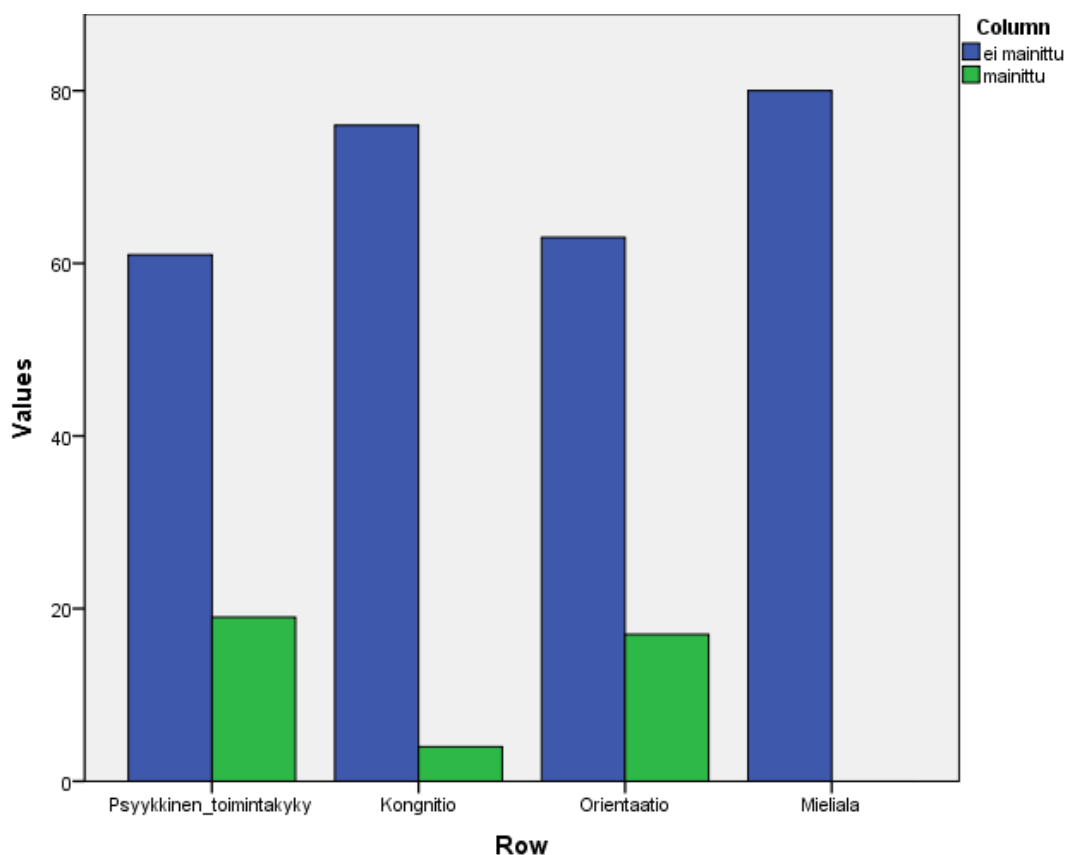
Kuvio 3: Potilaan ravitsemustilaan ja päihteiden käyttöön liittyvä kirjausten määrä.

Potilaan ravitsemustilasta on maininta 2,5 % HOITO-lehdistä. Ravitsemustila on huomioitu vain kahdella lehdellä, mutta muuten asiasta ei ole mitään kirjauksia. Monella lehdellä on kirjattuna maininta potilaalle tarjotusta ravinnosta, mutta tutkimuksessa otettiin selvää vain potilaan ravitsemustilaan liittyvistä kirjauksista ja potilaan ravitsemustilan huomioinnista hänen tullessaan päivystykseen. Potilaan mahdollisesta päihteiden käytöstä on maininta 2,5 % HOITO-lehdistä eli vain kahdella lehdellä. Tutkimuksen tuloksesta ei voi päätellä, onko tämä asia jäänyt usein kirjaamatta, koska kaikki potilaat eivät välttämättä käytä päihteitä. Tuloksista ilmenee vain kuinka usein asiasta on maininta kirjattuna lehdillä. Kuvio 3 selviävät tarkemmat tutkimustulokset ja kirjausten määrä.



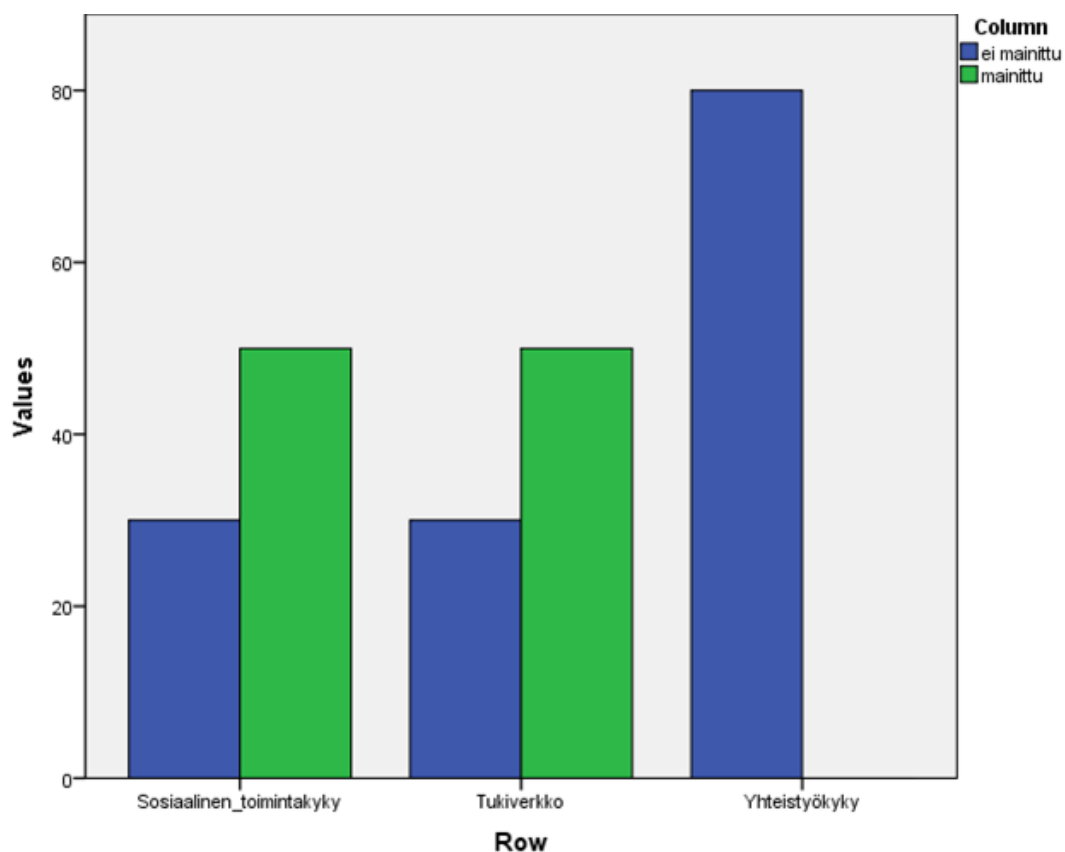
Kuvio 4: Fyysisen toimintakyvyn kirjaukset.

Tutkituilla HOITO-lehdillä on yleisesti maininta potilaan fyysisestä toimintakyvystä 45 %:lla lehdistä. Lisäksi kirjauksia tutkittiin tarkemmin, jotta saadaan selville mitä osa-alueita fyysisestä toimintakyvystä on kirjattuna. Potilaan omatoimisuus on huomioitu ja kirjattu 3,7 %:lla, avustettavuus 25 %:lla, apuvälineiden käyttö 12,5 %:lla, kaatumisriski 10 %:lla ja se että potilas on vuodepotilaana 1,3 %:lla HOITO-lehdistä. Kuvioista 4 käyvät ilmi tarkemmat kyseisiä asioita koskevien kirjauksen määrät.



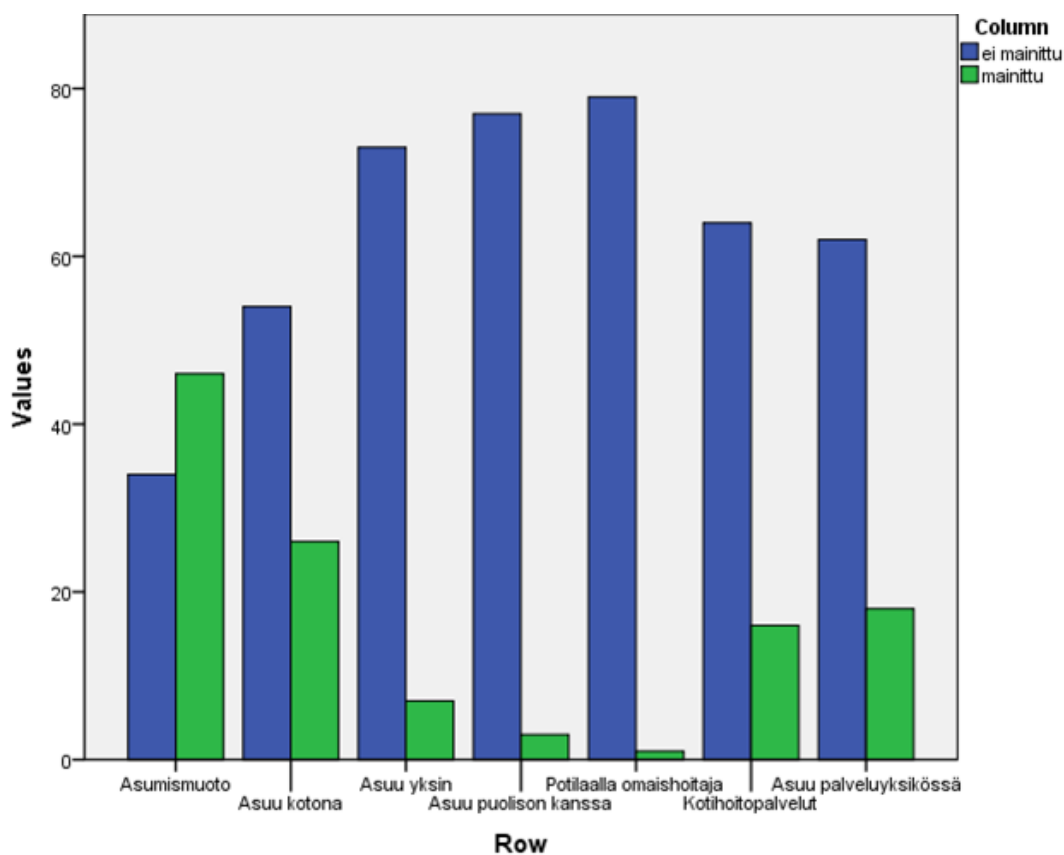
Kuvio 5: Psykkisen toimintakyvyn kirjaukset.

Puolestaan potilaan psyykkisestä toimintakyvystä on yleisesti maininta 23,8 %:lla HOITO-lehdillä ja asioita on huomioitu ja kirjattu 19 lehdellä. Myös psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä kirjauksia ja niiden osa-alueita tutkittiin tarkemmin. Potilaan kognitio ja muistiin liittyvät asiat on huomioitu 5 %:lla ja orientaatio aikaan sekä paikkaan 21,3 %:lla lehdistä. Potilaan mielialasta ei ole mainintaa yhdelläkään lehdellä (0 %). Psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä kirjauksia oli yleisesti ottaen melko vähän. Kuviosta 5 selviävät tarkemmat määrät kirjauksista.



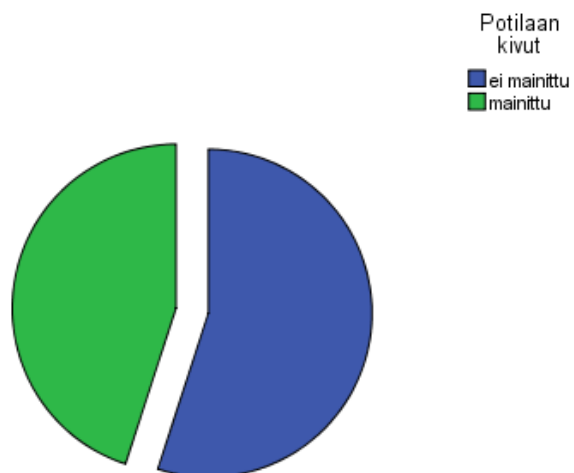
Kuvio 6: Sosiaalisen toimintakyvyn kirjaukset.

Myös potilaan sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä kirjauksia tutkittiin. Tuloksista selviää, että potilaan sosiaalinen toimintakyky on huomioitu ja asiasta on tehty kirjauksia 62,5 %:lla HOITO-lehdistä. Lisäksi tarkemmin selvitettiin, onko potilaan tukiverkosta tai yhteistyökyvystä tehty kirjauksia. Sosiaalisessa toimintakyvyssä on huomioitu, onko lehdillä mainintaa potilaan omaisista, muusta hoitotahosta tai yhteydestä sekä se kuinka yhteistyökykyinen potilas on hänen tullessaan päivystykseen. HOITO-lehdillä on kirjauksia tukiverkosta 62,5 %:lla lehdistä ja yhteistyökyvystä tai se puutteesta ei ole yhtäkään mainintaa tai huomiota (Kuvio 6). Tässä tutkimuksessa potilaan yhteistyökyvyllä tarkoitetaan potilaan hoitomyönteisyyttä ja yhteistyökykyä hoitoon liittyvissä asioissa. Kaikki tutkituilla lehdillä kirjatut maininnat koskevat siis potilaan sosiaalista tukiverkkoa.



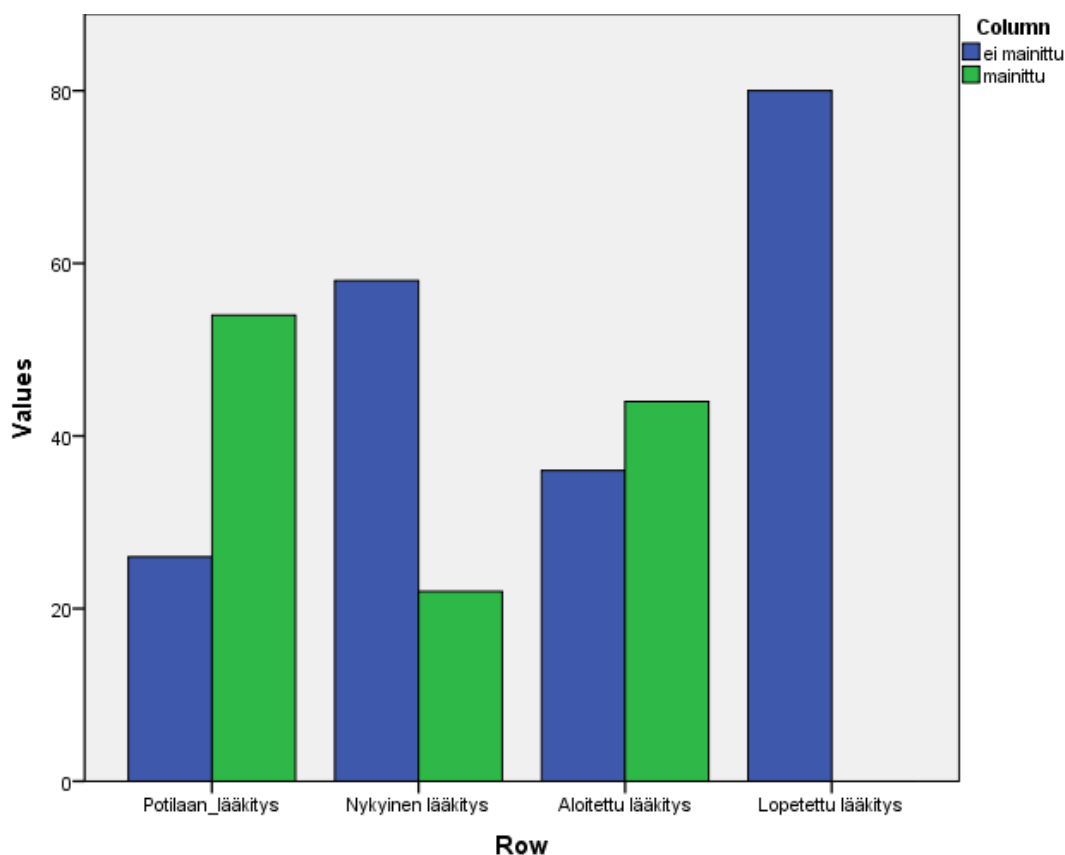
Kuvio 7: Asumismuotoon liittyvien kirjausten määrä.

Potilaan asumismuodosta on maininta 57,5 %:lla HOITO-lehdistä. Tutkimuksessa huomioitiin tarkemmin kaikki kirjaukset, jotka liittyvät potilaan asumiseen, missä ja kenen kanssa hän asuu, onko potilaalla käytössä kotihoitopalveluita tai onko hänellä omaishoitaja. Potilaalla saattaa olla myös useampi näistä osa-alueista kirjattuna HOITO-lehdelle. Tietoihin on kirjattu esimerkiksi että potilas asuu kotona, puolison kanssa ja heillä on käytössä kotihoitopalvelut. Tuloksista selviää, että kotona asumisesta on maininta 32,5 %:lla, yksin asumisesta 8,8 %:lla ja puolison kanssa asumisesta 3,8 %:lla lehdistä. Lisäksi vain 1,3 %:lla lehdistä on kirjattuna onko potilaalla mahdollisesti omaishoitaja ja 20 %:lla on maininta kotihoitopalveluista. Kuvioista 7 selviää tarkemmat kirjausten määrät potilaan asumisesta. Tutkimuksessa huomioitiin kaikki näihin asioihin liittyvät kirjaukset, mutta kaikilla potilailla ei välttämättä ole esimerkiksi kotihoitopalveluja käytössä.



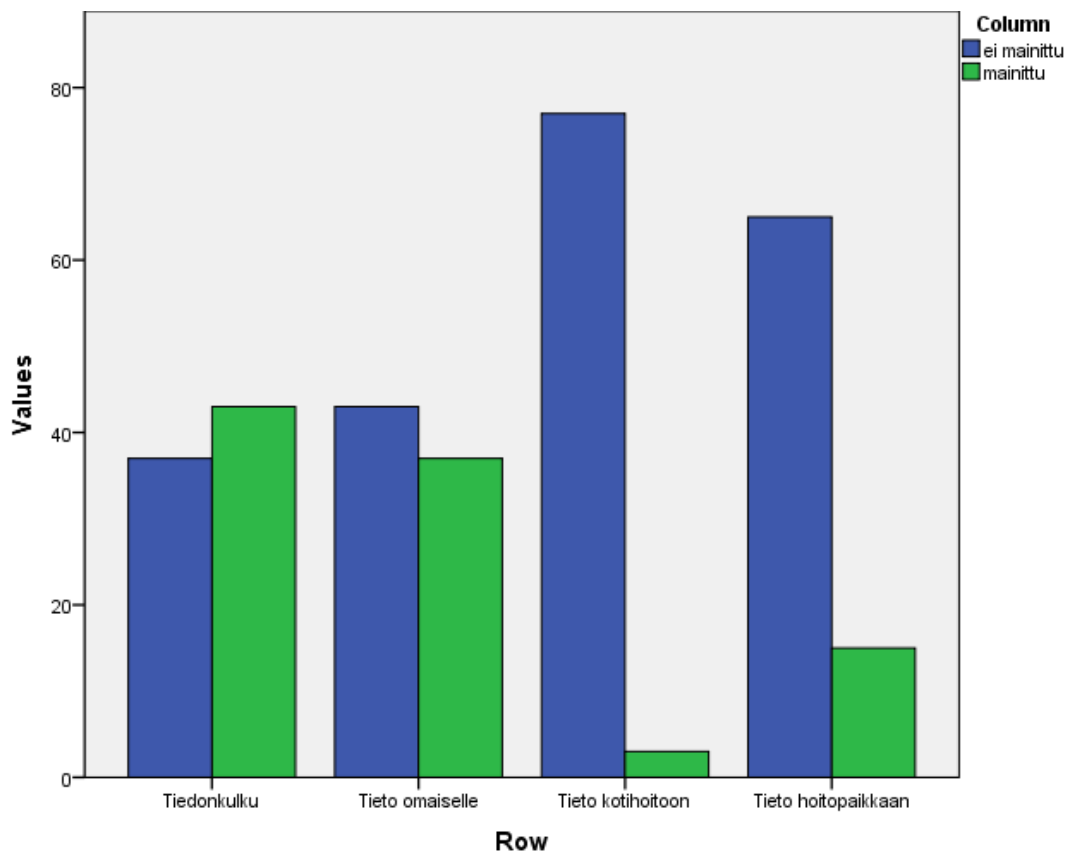
Kuvio 8: Kipuun tai kivuttomuuteen liittyvien kirjausten määrä.

Terveyskeskuksen päivystykseen tulleen potilaan kivuista on maininta 45 %:lla HOITO-lehdistä (Kuvio 8). Kirjauksia on 36 lehdellä, ja tutkimuksessa huomioitiin kaikki kipuun liittyvät kirjat. Tässä huomioitiin myös maininta potilaan kivuttomuudesta. Potilaan hoitotyössä on hyvä huomioida potilaan kipu ja sen hoito. Tästä syystä kipuihin liittyvä kirjaaminen otettiin yhdeksi tutkittavaksi osa-alueeksi. Potilaan kokema kipu vaikuttaa myös hänen kotona pärjäämiseensä.



Kuvio 9: Lääkitykseen liittyvien kirjausten määrä.

HOITO-lehdillä on maininta potilaan lääkityksestä 67,5 %:lla tutkituista lehdistä. Tarkemmin kiinnitettiin huomiota nykyisen, aloitetun ja lopetetun lääkityksen kirjauksiin. Potilaan nykyinen lääkitys on kirjattuna esimerkiksi, jos HOITO-lehdillä on mainittuna lääkelista tai yksittäisiä mainintoja käytettävistä lääkkeistä. 27,5 %:lla lehdistä on maininta potilaan nykyisestä lääkityksestä ja 55 %:lla on maininta aloitetusta lääkityksestä. Samalla potilaalla saattaa olla kirjattuna tiedoissa nykyinen ja aloitettu lääkitys. Lopetetusta lääkityksestä ei ole yhtään mainintaa lehdillä (0 %), mikä on sinänsä ymmärrettävää, koska voi olla, että lääkkeen lopetuksia ei tehdä heti päivystystilanteessa, vaan asia hoidetaan mahdollisesti vasta myöhemmin osastolla. Tuloksiin vaikuttaa tietenkin myös se, että kaikille potilaille ei välttämättä ole annettu lääkkeitä tai heidän lääkehoitonsa on hyvin vähäistä. Kuviosta 9 näkyvät tarkemmat määrät havaituista lääkitykseen liittyvistä kirjauksista.



Kuvio 10: Tiedonkulkuun liittyvien kirjausten määrä.

Potilaan hoitoon liittyvästä tiedonkulusta on maininta 53,8 %:lla HOITO-lehdistä. Ilmoituksesta omaiselle on maininta 46,3 %:lla, ilmoituksesta kotihoitoon 3,8 %:lla ja hoitopaikkaan 18,8 %:lla lehdistä. Tutkimuksessa on huomioitu tiedonkulun osalta kirjaukset, joista selviää oliko potilaalla saattaja mukana, onko asiasta ilmoitettu potilaan omaiselle, läheiselle tai hoidosta vastaavalle taholle. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole esimerkiksi kotihoitoa käytössä, joten tuloksista selviää vain havaittujen kirjausten tarkka määrä. Tarkemmat tiedot tiedonkulun kirjaamisesta selviävät kuvioista 10.

6.2 Kotiutukseen liittyvien tietojen kirjaaminen päivystyksessä.

Tärkeimpiä ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyviä kirjattavia asioita olivat hoitohenkilökunnan mielestä lääkehoidon toteutus, potilaan tulosyy, tausta ja oireet, potilaan toimintakyky, kotiolosuhteet, mahdolliset tukipalvelut ja niiden tarve, jatkohoidon järjestäminen, tiedonkulku sekä tehdyt tutkimukset, mittaukset ja hoitotoimet (taulukko 6).

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lääkitykseen liittyvät asiat	LÄÄKEHOITO
Läkelistan päivitys	
Annetut lääkkeet	
Aloitettut lääkkeet	
Lääkehoidon seuranta	
Potilaan tulosyy	TULOSYY JA POTILAAN TAUSTA
Potilaan tausta	
Havainnot potilaasta	
Potilaan oireet	
Potilaan oireisiin liittyvät asiat	
Henkilötietojen varmistaminen	
Nykyinen kunto	TOIMINTAKYKY
Ulkoiset havainnot	
Ravitsemustila	
Avun tarve	
Muistin tila	
Liikkuminen	
Mielenterveys asiat	
Kotiolosuhteet	KOTONA PÄRJÄÄMINEN
Kotona pärjääminen	
Avun tarve	
Kotipalveluiden tarve	
Kotipalvelujen tarpeettomuus	
Omaisten havainnot	
Jatkohoidon järjestäminen	JATKOHOITO JA TIEDONKULKU
Tiedonkulku hoitoyksikköön	
Tiedonkulku kotipalveluihin	

Tiedonkulku omaiselle	
Tutkimukset	HOITOTOIMENPITEET
Mittaukset	
Hoitotoimet	
Peruselintoimintojen arvot	

Taulukko 6: Päivystyksessä kirjatut ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyvät asiat.

Haastatteluista kävi ilmi, että päivystyksessä potilasta haastatellaan ja hänestä selvitetään lähinnä yleisiä asioita ja hoito aloitetaan hyvin oirekeskeisesti. Kaikki kotiutukseen liittyvät asiat eivät välttämättä ole päivystyksessä heti tärkeimpinä selvitettäviä ja kirjattavia asioita, sillä siellä on usein kiirettä. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan koe, että kiire olisi jatkuvaa. Joitakin asioita jää myös osaston selvitettäväksi potilaan siirtyessä sinne. Hoitohenkilökunta kuvasi kotiutukseen liittyvien asioiden yleistä selvittämistä ja kirjaamista seuraavasti:

”No ehkä niissä kotioloissa on selvitettäviä asioista et just mihin se ja tietää minkälainen paikka se on mihin se kotiutuu. Et jos se potilas on sen kuntonen et pystyy ite kertomaan mitä siellä kotona on ja mitä ei, niin se on aina sit helppompaa. Mut sit on paljon semmosia joitten asioita joutuu selvittää, soittaa kotipalveluun tai omaiselle, millasia ne on ne kotiolosuhteet.”

”Kyllähän se tulee sieltä välillä esille, että on niinku masentuneisuutta tai siten yksinäisyyttä, tällaisia sosiaalisia ongelmia.”

”Viikonloput esim. on välillä kiireisiä. Sitten tietyt esim. viikonlopun aamuvuorot tai... Joskus tuntuu joo kyllä, et se kiire supistaa sitä kirjaamista.”

Tutkimustuloksista nousi esille, että potilaan lääkitykseen liittyvät asiat on tärkeää kirjata potilastietojärjestelmään ja erityisen tärkeää on muistaa päivittää potilaan lääkelista jo heti hänen saapuessaan päivystykseen. Tarvittaessa lääkitykseen liittyviä lisätietoja saa potilasta, hänen omaistaan tai läheistään haastatteleamalla sekä ottamalla yhteyttä mahdolliseen hoitopaikkaan tai kotisairaanhoidon.

Tärkeää on myös selvittää, saako potilas itse otettua lääkkeitä ja onko hänellä mahdollisesti oma dosetti mukana. Jos potilas tulee esimerkiksi hoitokodista, on hyvä selvittää lääkityksen tilanne ja onko potilas saanut sinä päivänä lääkkeitään. Lääkelistan päivitys on hoitohenkilökunnan mielestä välillä hieman haastavaa, jos se ei ole ajan tasalla. Potilaan lääkelistasta näkee käytössä olevat lääkkeet ja siitä voi myös hieman päätellä, minkälaisia perussairauksia

potilaalla on. Lääkemuutoksia päivystyksessä tulee harvemmin, koska niitä hoidetaan lähinnä potilaan siirtyessä osastolle. Päivystyksessä annetut lääkkeet kuitenkin kirjataan tarkasti järjestelmään ja tilannetta seurataan päivystyksessä, kunnes potilas siirtyy eteenpäin. Päivystyksen hoitohenkilökunta kuvasi potilaan lääkehoidon kirjaamista seuraavasti:

”Niin no lääkelistan päivitys tietysti, et se on meillä ajan tasalla”

”Joo kyllä kaikki lääkkeet kirjataan, mitä annetaan...Siihen tulee kellonaika ja annettu lääke ja millä tavalla se on annettu.”

Ikääntyneen potilaan saapuessa päivystykseen hänen tulositynsä, taustansa ja oireensa selvitetään, jotta voidaan tarkemmin suunnitella potilaan hoitoa, ottaa tarvittavia tutkimuksia ja miettiä mahdollista jatkohoitoa. Potilasta haastatellaan ja tarvittaessa lisätietoja voidaan hankkia omaisilta, saattajalta tai muilta hoitavilta tahoilta. Potilaan tulosityy kirjataan aina potilastietojärjestelmään, samoin kaikki oireet ja niihin liittyvät muut asiat. Hoitajat tekevät potilaan kunnosta ja tilasta yleisiä havaintoja ja kirjaavat ne myös potilaan tietoihin. Myös potilaan henkilötiedot tarkistetaan perustiedoista. Potilaan asuinpaikka määrittää mm., kuka on hänen omalääkäriensä.

Jos potilas on kovin sekava, voidaan tarpeellisia tietoja tarkistaa omaisilta tai hoitavalta taholta. Sekava potilas voi siirtyä osastolle seurantaan, jolloin tarpeellisia puuttuvia tietoja tarkistetaan vasta osastolla. Kaikkia asioita potilaan taustasta ei välttämättä ehditä tai saada muuten selvitettyä päivystyksessä, vaan osa asioiden selvittelystä jää pakostakin osastolle hoitajien tehtäväksi. Monesti potilaan hoitoa ajatellaan päivystyksessä enemmän oirekeskeisesti kuin kokonaisvaltaisesti, jotta pystyttäisiin aloittamaan tarvittava hoito mahdollisimman nopeasti. Päivystyksen hoitohenkilökunta kertoi potilaan tulosityyn, oireiden ja taustan selvittämisestä ja kirjaamisesta seuraavia asioita:

Mä laitan kuitenkin sen, et miksi potilas on tänne tullu ja sitten kirjoitan siihen minkälaista vaivaa ja miten kauan se on suurin piirtein kestänyt, jos se on siinä selvitettävissä.”

”No tulotiedot ainakin ensimmäisenä, kuka ja mistä tulee, miten kauan on ollu oiretta ja vitailit sitten, et minkälaisessa tasapainossa on elintoiminnot.”)

Potilaan tullessa päivystykseen kiinnitetään huomiota potilaan ulkoiseen olemukseensa, liikkumiseen ja toimintakykyyn. Mahdollisten apuvälineiden käyttö tai saattaja kirjataan muistiin ja samoin se onko potilas mahdollisesti tullut ambulanssilla päivystykseen. Hoitohenkilökunta arvioi ja havainnoi potilasta keskustellessaan hänen kanssaan ja kysellessään häneltä tietoja,

jolloin potilaan muistamattomuus tai esimerkiksi mielenterveydenhäiriöt saattavat tulla ilmi jo keskusteluvaiheessa.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan kunnon arvioiminen on tärkeää, jotta pystytään myöhemmin vertaamaan, mihin suuntaan tilanne on kehittynyt. Potilaan yleiseen kuntoon liittyvät asiat on tärkeää kirjata ylös, jotta niitä voidaan jälkikäteen tiedoista tarkastella. Lisäksi iäkkään potilaan toimintakyky on monesti heikentynyt ikääntymisen myötä, jolloin liikkumisen arviointi on tärkeää. Yleistilan laskusta johtuen iäkkään toimintakyky laskee huomattavasti, minkä vuoksi hän tarvitsee vuodepaikan ehkä jo päivystykseen tullessaan. Seuraavassa hoitohenkilökunnan kommentteja toimintakykyyn liittyvien asioiden kirjaamisesta:

”Se on niinku oleellista, et siinä näkyy et minkälainen se on ollut siellä kotona ja minkälainen se on tänne tullessa. Siinä on sit helpompi lähtee vertaamaan sit jatkossa.”

”Sairaudet esimerkiks ja tota ravitsemus, mielenterveys ja yleinen aktiivisuus mun mielestä ainakin. Ja ihmiskontaktit tietysti.”

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että potilaan kotiolosuhteiden selvittämiseen kiinnitetään huomiota. On tärkeää selvittää, asuuko potilas yksin, puolison kanssa vai mahdollisesti hoitolaitoksessa. Iäkkään, yksinasuvan potilaan voinnin heikennyttyä, avuntarve kasvaa ja hän saattaa siirtyä osastolle jatkohoitoon. Jos kotona on omaishoitajana puoliso, niin avuntarve kotona voi olla vähäinenkin. Kotipalveluiden käyttö kirjataan yleensä potilaan tietoihin, mutta sieltä ei välttämättä löydy eriteltyä tietoa siitä, kuinka usein kotona käydään. Tämä tieto olisi tärkeää, jos esimerkiksi potilaan lääkitystä muutetaan ja kotipalvelun käyntejä olisi tarvetta lisätä.

Hoitohenkilökunnan mielestä potilaan saattajaa täytyy myös ehdottomasti haastatella, sillä saattaja voi kertoa tärkeitä tietoja potilaasta ja hänen tilastaan. Osa potilaista voi olla yksinäisiä, jolloin omaisia ei välttämättä ole ollenkaan. Potilaan asuessa hoitolaitoksessa hyödynnetään hoitolaitoksen tietoja potilaan asioita selvitetäessä. Kaikki potilaat eivät tarvitse kotipalveluja, ja silloin tieto siitä on kirjattuna HOITO-lehdellä. Kotiolosuhteiden ja tukipalveluiden kirjaamista kommentoitiin seuraavasti:

”Jos on jotain omaisia tai muita tuki-ihmisiä niin heitä haastatteleamalla pystyy aika hyvin selvittää sekavankin potilaan tilanteen. Sit jos on ihan yksinäinen niin se on tietysti vähän hankalampaa..”

”No tietysti ne käytettävissä olevat avut sitten tietenkin tämmösen iäkkään kohdalla, että käykö siellä kotisairaanhoido kerran kahdessa viikossa vai kolmas-
ti päivässä.”

”Mutta sitten on myös sellasia, jotka oikeesti on niin huonokuntoisia, ettei pär-
jää siellä kotona. Pahimmat on just silleen, että aamulla on kotiutettu akuutti-
osastolta ja iltapäivällä tulee tänne takas, kun ei siellä kotona pärjää.”

Hoitohenkilökunnan vastauksista kävi ilmi myös, että jatkohoitosuunnitelmat olisi tärkeää kir-
jata potilaan tietoihin. Näitä tietoja ovat hoitopaikka, jonne potilas siirtyy, ja se kenelle kai-
kille siirrosta ilmoitetaan. Lähiomaisen tiedot tarkistetaan vastaanotolla ja varmistetaan, että
ne ovat potilaan tiedoissa ajan tasalla. Tiedonkulku potilaan omaan hoitoyksikköön tai omai-
selle tulee kirjata tietoihin, ja näin asia voidaan jälkikäteen tarvittaessa tarkistaa. Jos ky-
seessä on potilas, joka selvästi pystyy huolehtimaan omista asioistaan, niin tässä tapauksessa
omaisille ei välttämättä tarvitse ilmoittaa. Tuloksista kävi myös ilmi, että jatkohoitopaikan
tarkempi selvittäminen voisi kuulua kotiuttavalle osastolle. Potilaan siirtymisestä jatkohoi-
topaikkaan olisi hyvä ilmoittaa kotipalveluille, ettei tulisi turhia käyntejä potilaan kotona hänen
ollessaan muualla hoidossa. Seuraavassa kommentteja hoitohenkilökunnalta kysyttäessä jat-
kohoidon ja tiedonkulun kirjaamisesta:

”Sitten jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot, mihin potilas täältä siirtyy ja
kelle mä oon ilmottanu ja semmosia.”

”Jos sillä on esim. kotihoito tai kotipalvelu, kotisairaanhoido, et niitä informoi-
da.”

Haastatteluista kävi selkeästi ilmi, että ensimmäinen hoidollinen toimenpide on yleensä poti-
laan peruselintoimintojen mittaaminen ja näiden arvojen seuranta. Tämä toteutuu herkästi
ikäntyneillä potilailla, jotka tulevat päivystykseen hyvin usein yleistilan laskun takia. Perus-
elintoiminnot kirjataan potilaan tietoihin yleensä samalla, kun potilaan tilaa seurataan tai
kiireisenä päivänä arvot kirjataan muistiin paperille ja ne täydennetään myöhemmin. Myös
potilasta hoitava lääkäri saa tiedot peruselintoiminnoista ja niiden muutoksista helposti, kun
ne on kirjattuna potilaan tietoihin. Peruselintoimintojen arvot kertovat tietoja potilaan kun-
nosta ja yleisestä terveydentilasta hänen saapuessaan päivystykseen. Arvoja seuraamalla voi-
daan samalla seurata potilaan tilassa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia.

Päivystyksen hoitohenkilökunta kertoi, että usein potilaasta otetaan kaikki hänen hoitonsa
kannalta tärkeät tutkimukset ja mittaukset sekä suoritetaan tarvittavat hoitotoimenpiteet.
Kaikki nämä tapahtumat kirjataan potilaan tietoihin, jotta potilaan tilaa voidaan tehokkaasti
seurata ja hänen hoidon suunnittelunsa toteutuisi hyvin. Tärkeää on myös kirjaamisen lisäksi

raportoida kaikki tiedot potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Päivystyksen hoitohenkilökunta kuvasi tutkimusten, mittausten ja muiden hoitotoimien selvittämistä ja kirjaamista seuraavasti:

”Mä kirjoitan siihen nää mitä mä oon ottanu ja mitannu, ja tehny siinä alkuun kenties joitain hoitotoimia.”

”Hoitaja menee siihen haastattelemaan ja mittaamaan näit vitaaleja ja ottaa sydänfilmiä, niin siinä välittömästi tai samanaikaisesti heti sen jälkeen kirjaataan ne tiedot sinne koneelle, ett ne on heti niinku käytettävissä lääkärillä tai jollain muulla henkilökunnalla.”

6.3 Kirjaaminen akuuttiosaston näkökulmasta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päivystyksessä tapahtuvan kirjaamisen lisäksi akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ajatuksia kotiutukseen liittyvien asioiden kirjaamisesta ja sen toimivuudesta. Tutkimuksessa selvitettiin, millaisia asioita päivystyksessä tulisi kirjata ikään-tyneestä potilaasta, jotta kotiuttaminen akuuttiosastolta onnistuisi myöhemmin hyvin. Tutkimuksessa ilmeni, että akuuttiosaston hoitohenkilökunnan mielestä kirjaamista voisi tarkentaa, kun se liittyy potilaan fyysisen toimintakyvyn selvittämiseen, hoitavien tahojen ja omaisten välisen tiedonkulun kirjaamiseen sekä potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä riippumattomien kotiutukseen liittyvien asioiden kirjaamiseen. Tarkemmat tutkimustulokset on esitetty taulukossa 7.

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

Nykyinen toimintakyky	FYYSINEN TOIMINTAKYKY
Toimintakyvyn muutos	
Apuvälinetarve	
Asumisolosuhteet	

Tulosyy päivystykseen	POTILAAN HOITON OSALLISTUVIEN TAHOJEN JA OMAISTEN VÄLINEN TIEDONKULKU
Omaiselta saatu tieto	
Hoitoon osallistuvalla taholta saatu tieto	
Tiedonkulku omaisten ja hoitoon osallistuvien tahojen välillä	
Kotona selviytymistä tukevat palvelut	
Lääkityksen tarkistaminen	
Potilastietojärjestelmän hyödyntäminen	

Huomioidut asiat	MUUT KOTIUTUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT
Kotiutusta hidastavat tekijät	
Taloudellinen tilanne	
Potilaan kokonais- tilanne	

Taulukko 7: Kotiuttamisen kannalta tärkeitä osa-alueita kirjaamisessa.

Akuuttiosaston hoitohenkilökunnan haastatteluissa ilmeni selkeästi, millaisten asioiden kirjaaminen päivystyksessä on kotiutuksen kannalta tärkeää ja toivottavaa. Akuuttiosaston hoitohenkilökunta oli kuitenkin sitä mieltä, että päivystyksen ensisijaisena tehtävänä ei ole alkaa selvittää kotiutusasioita. Sen sijaan tärkeämpänä pidettiin sitä, että hoidossa mahdollisesti huomioitua kotiutukseen liittyvät asiat tai esimerkiksi omaiselta selvitettyt asiat olisi kirjattuna HOITO-lehdelle. Tutkimuksessa selvisi myös, että päivystyksen kirjaaminen ei ole välttämättä yhteydessä kotiutuksen mahdolliseen epäonnistumiseen. Akuuttiosaston hoitohenkilökunta kuvasi päivystyksen kirjaamisen merkitystä ja kotiutuksen epäonnistumisen syitä seuraavasti:

”Ei se varmaan, mä luulen, meidän kotiutuksen ongelmissa, se ei välttämättä se päivystyksen kirjaaminen HOITO-lehdillä ole se suurin ongelma.”

”Sen verran voisin vielä sanoa, että musta tuntuu, että ei se oikeastaan ole varmaan mikään kauheen iso päivystyksen ongelma oo, mikä meitä helpottais. Toki jos he sitä tietoo saa, niin kaikki apu on tervetullutta.”

Tutkimuksesta ilmeni, että ikääntyneen potilaan kotiutuksen kannalta merkittävä asia on hänen fyysiseen toimintakykyynsä liittyvien asioiden kirjaaminen. Akuuttiosastolta toivottiin seuraaviin fyysiseen toimintakykyyn kuuluviin osa-alueisiin liittyvää kirjaamista: nykyinen toimintakyky, toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset, apuvälinetarve ja asumiseen liittyvät asiat. Fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset tai esimerkiksi apuvälineiden tarve vaikuttavat merkittävästi kotiutuksen suunnitteluun.

Tutkimuksessa selvisi, että päivystyksen hoitohenkilökunnalta toivottiin nykyistä useammin lyhyttä potilaan tilannekartoitusta HOITO-lehdelle. Akuuttiosaston hoitohenkilökunta piti tärkeänä kirjata päivystyksessä lyhyt, muutaman rivin pituinen kuvaus potilaan tilanteesta. Tilannekuvauksen toivottiin sisältävän huomioita potilaan liikuntakyvystä ja siinä nyt tapahtuneista muutoksista, yksin tai puolison kanssa asumisesta, apuvälineiden tarpeesta sekä mahdollisista kotipalveluista. Akuuttiosaston hoitohenkilökunta toivoi, että tällaisia asioita selvitettäisiin jo päivystyksessä potilaalta itseltään tai esimerkiksi omaiselta, mikäli sieltä ollaan joka tapauksessa yhteydessä omaiseen tai muuhun potilasta hoitavaan tahoon. Lisäksi painotettiin, että päivystyksessä ei tarvitse tehdä aikaa vievää selvitystyötä, vaan kysyä helposti selvitettäviä asioita hoitotoimien ohessa ja kirjata saadut tiedot HOITO-lehdille. Akuuttiosaston hoitohenkilökunta kuvasi seuraavasti fyysiseen toimintakykyyn liittyvien asioiden selvittämistä ja kirjaamista:

”Ois se vähän, joku pieni tota tilanne. Vaikka yks kaks riviä, ihan vaan että asuu yksin, vaikka mies kuollut ja kotipalvelu/kotisairaanhoido käy ja ateriapalvelu, mitä tämmösiä ois jo olemassa jo. Ja sitten se tilanne, et vaikka kaatunut kotona ja meni päivystykseen.”

”Jos sitä kotiutuspuolta ajattelee ni, ehkä siellä vois olla paremminkin sitä mikä pitäs siinä kartottaakin siinä tulovaiheessa, se aikasempi toimintakyky ja mitenkä se on nyt romahtanut.”

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että akuuttiosaston hoitohenkilökunta toivoi kirjaamista potilaan hoitoon osallistuvien tahojen ja omaisten välisestä tiedonkulusta niin, että päivystyksessä hyödynnettäisiin potilaan omaiselta ja esimerkiksi kotipalveluilta saatuja tietoja ja kirjattaisiin tiedot HOITO-lehdelle seuraavan hoitopaikan hyödynnettäväksi. Tutkimuksesta ilmeni myös, että on tärkeää kirjata kotona selviytymistä tukeviin palveluihin liittyvät asiat, potilaan hoitoon osallistuvien tahojen ja omaisten välinen tiedonkulku sekä tulosy. Myös potilaan lääkelistan tarkistaminen ja tarkistamisen kuittaaminen liittyvät olennaisesti tiedonkulkuun. Päivystyksen hoitohenkilökunnan kirjaamista potilastietojärjestelmässä oleville muille lehdille ei koettu merkittävänä asiana. Ainoastaan kotipalveluista tai inkontinenssisuojien käytöstä tiedetyt tarkat asiat ovat sinne kuuluvia asioita. Erittäin tärkeänä tietona akuuttiosastolla pidettiin omaisen yhteystietojen ajantasaisuutta, jos päivystyksessä on mahdollista tämä asia tarkistaa. Omaisten tai potilaan hoitoon osallistuvan tahon informointiin liittyvät tiedot koettiin tärkeäksi kirjata. Näin akuuttiosastolta osataan jatkaa omaisten tai hoitavien tahojen tavoittelemista, jos tietoa ei ole vielä saatu välitettyä eteenpäin päivystyksestä. Tiedonkulun kannalta myös lääkelistan ajantasaisuus sekä tieto siitä, milloin lääkelista on tarkistettu, oli akuuttiosaston kannalta tärkeä asia. Hoitohenkilökunta kuvasi tiedonkulkuun liittyviä asioita seuraavasti:

”Kyllähän ne vaikuttaa, et siel on se ensikäden tieto et miksi potilas tuli ja siitähän me jatketaan eteenpäin ja päästään jonkin sortin tulokseen ja sitten tehdään se kotiutus.”

”Et jos siinä on omainen saattamassa tai on yhteys kotipalveluun tai jonnekin palvelutaloon tai mikä se ikinä onkaan. Jos siinä käy ilmi, että tää on ollut aikasemmin itsenäisesti liikkuva tai rollaattorilla liikkuva, ei oo tarvinnu vaipponja”

Tutkimustuloksena selvisi, että kotiutuksen kannalta potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä riippumattomat asiat voivat vaikuttaa kotiutuksen onnistumiseen. Tällaisia asioita ovat kaikkien huomioitujen asioiden kirjaaminen, kotiutusta hidastava tilanne, potilaan taloudelli-

sen tilanteen huomioiminen ja potilaan kokonaistilanne. Myös näiden asioiden kohdalla on tärkeää, että huomioidut asiat kirjataan HOITO-lehdelle. Tutkimuksessa selvisi, että potilaan kotiutusta voi vaikeuttaa huomattavasti, jos potilaalla on vain yöpaita mukanaan tai vaatteet ovat eritteissä, ja asia tulee ilmi akuuttiosastolla vasta kotiutusvaiheessa. Tällaisten tilanteiden välttämiseksi akuuttiosaston hoitohenkilökunta toivoi, että päivystyksessä kirjattaisiin tällaiset huomiot HOITO-lehdelle. Samoin jos päivystyksessä selviää, että potilaalla ei ole kotiavainta tai taksirahaa mukanaan, potilaan kokonaistilannetta kuvaavan huomion kirjaaminen antaisi aikaa selvittää asioita ennen potilaan kotiutuspäätöksen tekemistä. Hoitohenkilökunta mainitsi seuraavia kommentteja edellä mainituista asioista:

”Että jos on tiedossa että sillä asiakkaalla on pelkkä yöpaita päällä tai on tiedossa että sillä on vain ja ainoastaan virtsassa ja ulosteessa oleva vaatekerta, ni se ois selvästi kirjattuna että sille asialle pystytään heti välittömästi tekemään jotain, jotta me saadaan asiakkaalle vaatekerta, että se ei ole sen kotiutumisen este”

”Et tosiaan jos on joku ongelma, et on kotiavaimeton, vaatteeton, taksirahaton, kun laitettais sinne ylös, niin se helpottas suunnattomasti meidän elämää, koska me joudutaan siin kohtaa olemaan sosiaalityöntekijöihin yhteyksissä ja ne ei oookkaan sitten joka päivä 8-16 paikalla”

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, että tutkittavan asian mahdollisen epämääräisen luonteen vuoksi kaikki mittausmenetelmät eivät välttämättä toimi tarkoitettusti. Tutkimusta varten tulee valita siihen sopiva mittausmenetelmä. Luotettavuutta kuvaa tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka tutkimuksessa on osattu mitata juuri oikeaa asiaa. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa sitä, miten tutkimuksessa on osattu tuottaa tuloksia, jotka eivät ole vain sattumanvaraisia. Jotta tutkimuksen tulokset ovat luotettavia, ne täytyy voida todeta samoiksi useammilla mittauksilla. Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä tutkimuksessa käytetyn mittausmenetelmän kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2008, 183 - 185.)

Määrällisen tutkimuksen tuloksien luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat myös mahdolliset aineiston käsittelyvirheet, otantavirheet ja mittausvirheet. Käsittelyvirheisiin liittyy olennaisesti tarkkuus, otantavirheisiin satunnaiset virheet aineistossa ja mittausvirheisiin mittausmenetelmien epätarkkuus, mittarin heikkous tai mitattavan aineiston hankala käsiteltävyys. Tut-

kimusraportissa on tärkeää pohtia tutkimuksen luotettavuutta ja tunnistaa mahdolliset epäkohdat ja muut luotettavuuteen vaikuttavat tekijät. (Heikkilä 2008, 186 - 188.)

Samoin kuin määrällisessä tutkimuksessa myös laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida tarkasti. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu lisäksi sen eettisyyden arviointi. Koska laadullisen tutkimuksen aineiston keruu on hyvin samankaltaista arkielämän vuorovaikutuksen kanssa, tulee huomioida eettiset kysymykset. Toisaalta hyvin avoimen tiedonkeruumenetelmän vuoksi eettisten ongelmien pohtiminen on etukäteen vaikeaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Hyvä laadullinen tutkimus on johdonmukainen ja eettisesti kestävä. Johdonmukaisuus syntyy tutkimusraporttiin esimerkiksi käytettyjen lähteiden perusteella. Eettisyys kuvaa puolestaan tutkimuksen luotettavuutta. On hyvä pohtia esimerkiksi sitä, kenen ehdoilla tutkimuksen aihe valitaan ja miksi se halutaan tehdä sekä tutkimuksen aineiston hankintaan osallistuvien eli haastateltavien vapaaehtoisuutta ja tunnistettavuuden poistamista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127 - 131.)

Tutkimusta tehdessä täytyy arvioida eettisyyden lisäksi luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus tulee esille tarkasteltaessa tutkimuksen tulosten totuutta ja objektiivisuutta. Ovatko kaikki tutkimuksessa tehdyt havainnot luotettavia ja kertovat totuuden asiasta puolueettomasti? Tutkimuksen tekijän omat käsitykset tutkittavista asioista eivät saisi vaikuttaa tutkimukseen. Näin voi kuitenkin käydä laadullista tutkimusta tehtäessä, koska tutkimuksen tekijä on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. Lisäksi täytyy muistaa, että laadullisessa tutkimuksessa haastateltava kertoo tutkittavasta asiasta oman näkemyksensä, joka ei ole kuitenkaan absoluuttinen totuus, vaan henkilön oma käsitys tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134 - 137.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa täytyy muistaa tutkimuksen tekijän omat sitoumukset tutkimukseen, se, miksi tutkimus on tekijälle tärkeä. Lisäksi luotettavuutta arvioidessa voidaan miettiä, kuinka aineisto on kerätty, millä menetelmällä ja tekniikalla. Arvioinnissa voidaan huomioida myös tutkimuksen tiedonantajat, kuinka heidät on valittu, kuka valinnan on suorittanut ja montako heitä on osallistunut tutkimukseen, ovatko he valmistautuneet vastaamaan kysymyksiin ja vastaavatko he mahdollisesti totuudenmukaisesti. Luotettavuuteen vaikuttavat myös tutkimukseen käytetty aika ja aineiston analyysimenetelmät. Tutkimuksen tekijän täytyy luotettavuuden vuoksi panostaa tutkimukseen, aineiston analysointiin ja tulosten raportointiin. Tutkimustulokset tulee esittää mahdollisimman tarkasti ja ymmärrettävästi. Tekijän täytyy antaa tutkimuksen tulosten tarkastelijoille tarpeeksi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta luotettavuutta voidaan arvioida. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 - 141.)

Tämän opinnäytetyön määrällisen tutkimuksen mittari tehtiin tutkimussuunnitelmavaiheessa, jolloin ei ollut vielä mahdollista nähdä varsinaisesti HOITO-lehtiä, koska niitä ei voitu luovuttaa ennen tutkimusluvan saamista. Tämän vuoksi mittari laadittiin näkemättä HOITO-lehtiä ja teorian tiedon pohjalta. Mittariin valittiin asioita, joita teorian tiedossa pidettiin tärkeänä kotiutuksen suunnittelun kannalta. Mittarista tehtiin tarkoituksella mahdollisimman kattava, koska siihen täytyi sisältyä kaikki lehdillä mahdollisesti kirjattuna oleva tieto. Tällä pyrittiin varmistamaan, ettei mikään lehdillä mainittu asia jäisi mittarin ulkopuolelle. Mittari tehtiin käytännössä ohjeeksi tutkimuksen suorittamista varten ja kaikkia siinä mainittuja tietoja ei välttämättä tarvitse hoitotyössä kirjata ylös HOITO-lehdelle potilaan saapuessa päivystykseen. Osa tiedoista voi olla potilastietojärjestelmän perustiedoissa tai jollain muulla lehdellä, kuten esim. potilaan lähiomaisen yhteystiedot. Tilaaaja halusi kuitenkin selvittää kaiken HOITO-lehdille kirjatun tiedon ja sen kattavuuden.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella edellä mainittujen asioiden kannalta. Mittarin tekeminen oli hyvin haastavaa, koska HOITO-lehtiä ei päästy tarkastelemaan etukäteen. Luotettavuutta paransi mittarin kokonaisvaltaisuus. Mittarista oli helppo karsia pois muuttujia, joita ei mainittu ollenkaan aineistossa. Ainoa mittarin ulkopuolelle jäänyt muuttuja oli peruselintoimintojen mittaaminen, koska tämä asia ei varsinaisesti ollut myöhempään kotiutukseen liittyvä tekijä. Tuloksia tarkasteltaessa huomattiin kuitenkin, että peruselintoimintojen mittaaminen nousi vahvasti esiin. Tuloksien luotettavaan tarkasteluun saattaa osaltaan vaikuttaa myös se, että kaikkia mittarissa mainittuja asioita ei jokaisesta tutkitusta potilaasta ole tarpeellista kirjata HOITO-lehdelle. Voi olla esimerkiksi, että kyseisellä potilaalla ei ole ainuttakaan lääkettä käytössä tai hänen tietoihinsa ei ole tarpeen tehdä kirjauksia päihteiden käytöstä.

Käsittely- ja mittausvirheitä pyrittiin välttämään sillä, että aineisto käytiin useaan kertaan läpi ja tarkastettiin huolellisesti. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää HOITO-lehdille kirjattujen asioiden ajoittaista tulkintaa laaditun mittarin avulla. Tähän puututtiin kuitenkin luomalla oma taulukko, jonka perusteella tulkinnat tehtiin. Koska aineistoa jouduttiin välillä tulkitsemaan, voi olla, että tutkimuksen tuloksia ei saada täsmälleen toistettua. Tämä johtui aineiston laaja-alaisuudesta ja osittaisesta epämääräisyydestä, koska jokainen hoitohenkilökunnan jäsen kirjaa asioita HOITO-lehdille omalla tyylillään. Tuloksista selviävät kuitenkin konkreettisesti HOITO-lehdille kirjatut tiedot, mikä oli tämän opinnäytetyön määrällisen tutkimuksen tavoitteena.

Opinnäytetyön laadullisen tutkimusosion luotettavuutta voidaan tarkastella myös edellä mainittujen ilmiöiden perusteella. Luotettavuuteen voivat vaikuttaa sekä tutkimuksen tekijät että tiedonantajat. Laadullisen tutkimuksen aineiston kerääminen teemahaastattelujen avulla

on yksi luotettavuuden arvioinnin kohde. Terveyskeskuspäivystyksen ja akuuttiosaston osastonhoitajat valitsevat itse haastateltavat hoitohenkilökunnan jäsenet ja heille on kerrottu etukäteen tutkimuksesta ja sen aiheesta. Haastateltavien omat mielikuvat ja käsitykset asioista voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Saattaa olla, että he ovat jo etukäteen valmistautuneet haastatteluihin, mikä voi vaikuttaa tuloksiin ja tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen tekijöiden puolesta luotettavuuteen voi vaikuttaa aineiston analysoinnin suorittaminen ja siihen käytetty aika. Tutkimukseen tulee panostaa luotettavien tutkimustulosten saamiseksi ja tarvittaessa täytyy konsultoida tutkimuksen suorittamisen asiantuntijoita, kuten opettajia.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Määrällinen tutkimus kohdistui ikääntyneisiin yleistilalaskupotilaisiin ja heidän tietojensa kirjaamiseen HOITO-lehdille päivystyksessä. Ikäjakauma oli korkea ja tutkimus kohdistui tulosten kannalta suunniteltuun ikäryhmään. Sukupuolijakaumalla ei tutkimuksen kannalta ole merkitystä, mutta naisia oli kuitenkin enemmän kuin miehiä. Tarkoituksena oli selvittää, mitä kotiutukseen liittyviä asioita päivystyksen hoitohenkilökunta kirjaa ikääntyneestä potilaasta HOITO-lehdelle. Tuloksista selvisivät kaikki tutkituille HOITO-lehdille tehtyt kirjaukset.

Tulokset koostuvat kaikista havaituista eri asioita koskevista kirjauksista. Joistain kirjauksista ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä siitä, kuinka kattavasti asioita on kirjattu HOITO-lehdille, koska voi olla, että kyseinen asia ei ole tullut kyseeseen tietyn potilaan kirjauksissa. Esimerkkinä voidaan mainita päihteiden käyttö tai tiedonkulku hoitopaikkaan tai kotihoitoon. Voi olla, että kyseinen potilas ei käytä päihteitä tai hänellä ei ole kotipalveluita käytössään. Tulokset kohdistuvat vain havaittuihin kirjauksiin ja tarkempien johtopäätösten teko jää niiden ulkopuolelle.

Tulokset antavat osittain tietoa kirjaamisen kattavuudesta ja niiden avulla kirjaamista ja sen laatua voi mahdollisesti kehittää paremmaksi ja kattavammaksi. Tutkimuksessa huomioitiin ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyviä tärkeitä asioita ja niiden kirjaamista. Näiden tulosten avulla kirjaamista voi kehittää ja kohdistaa entistä enemmän tiettyihin asioihin, jotka aikaisemmin jäivät mahdollisesti vähemmälle. Näin potilaan tietojen kirjaamisesta jo päivystystilanteessa saadaan kattavaa, ja potilaan hoidon jatkuessa osastolla myös osaston henkilökunta hyötyy jo kirjatuista tiedoista kotiutusta suunniteltaessa.

Tuloksista havaittiin, että tulosityy oli mainittuna suurimmalla osalla HOITO-lehdistä. Kuitenkin 20 prosentilla lehdistä ei ollut mitään mainintaa potilaan tulositystä tai selvitystä potilaan tilasta. Potilaan hoitoa voi olla vaikea alkaa suunnitella, jos tulosityy puuttuu. Pohdintaa aiheutti, minkä takia tulosityy puuttui kirjauksista. Potilaan perussairauksia ja diagnooseja ei ollut

mainittuna monellakaan lehdellä, mutta ehkä tulosy on kuitenkin potilaan hoitotyön kannalta tärkeämpi asia kirjata potilastietoihin. Tieto tulosyystä auttaa myös hoidon arvioinnissa. Lisäksi diagnoosit löytyvät varmasti joltain muulta potilastietojärjestelmän lehdeltä, kuten YLE-lehdeltä, eikä niitä ole ehkä oleellista kirjata juuri HOITO-lehdelle. Koska maininnat diagnooseista ja perussairauksista puuttuivat, tutkituilta lehdistä ei selvinnyt, oliko potilaan mahdollista monisairastavuutta huomioitu.

Potilaiden oireet oli pääsääntöisesti kirjattu kattavasti, mikä on luonnollista, koska päivystyksessä potilaan hoito aloitetaan yleensä hyvin oirekeskeisesti. Kuitenkin joiltain lehdistä oireiden kuvaus puuttui ja kirjausten pääpaino keskittyi lähinnä potilaan vitaalien numeeriseen kuvaamiseen ja kuvauksiin muista toimenpiteistä. Potilaan aikaisempien hoitajaksojen olisi myös hyvä olla selkeästi näkyvissä potilastiedoissa. Tutkimusta varten analysoiduilla HOITO-lehdillä ei ollut kirjattuna kuin yhden päivän potilastiedot. Kuitenkin muutamalla potilaalla oli maininta aikaisemmista jaksoista tiedoissaan. Tämän vuoksi aikaisempien hoitajaksojen kirjauksia ei voitu arvioida luotettavasti. Aikaisempien hoitajaksojen kirjausten määrä tuntuu hyvin pieneltä, koska tarkoituksena oli osaltaan selvittää sellaisten potilaiden tietoja, jotka ovat usein päivystyksessä potilaana. Tutkimuksessa piti alun perin huomioida pyörövi-syndrooman esiintyvyyttä päivystyksen potilasryhmissä, mutta aikaisempien hoitajaksojen puuttuessa tätä asiaa ei voida arvioida. Voi olla, että tutkimuksen potilaat eivät ole olleet aikaisemmin päivystyksen potilaina tai tieto ei ole näkyvissä. Näiden tietojen perusteella päivystyksessä ei olisi pyörövisyndrooman kanssa ongelmaa.

Päivystyksen potilaiden ravitsemuksesta oli maininta vain kahdella HOITO-lehdellä. Ikääntyneiden ravitsemustilan huomiointi on hyvin tärkeää ja olisi suotavaa, että asiasta mainittaisiin potilaan tiedoissa varsinkin, jos potilas on selkeästi esimerkiksi laiha, kakektinen tai obeesi. Silminnähten poikkeava tilanne olisi hyvä aina kirjata. Ravitsemustilan voi maininta kirjauksissa painoindeksin avulla tai kuvata sanallisesti. Useilla lehdillä oli maininta potilaalle tarjotusta ravinnosta, mutta tutkimuksessa huomioitiin vain ravitsemustilan kuvaamisen kirjaaminen. Potilaan myöhemmän kotiutuksen kannalta olisi tärkeää seurata ravitsemustilaa ja sen muutoksia, koska hyvä ravitsemus on edellytys ikääntyneen kotona pärjäämiselle. Päihteiden käytöstä ei myöskään ollut kuin pari mainintaa, mikä toisaalta voi johtua siitä, että tutkimukseen valikoituneilla potilailla ei ole ongelmia päihteiden kanssa. Ikääntyneiden päihteiden käyttö ei kuitenkaan nykyään ole kovin harvinaista ja se voi liittyä usein myös psyykkisiin ongelmiin, joten myös tämän asian selvittäminen olisi tärkeää.

Yleisesti potilaan fyysinen toimintakyky oli mainittu hieman alle puolessa tutkituista HOITO-lehdistä. Potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa tieto fyysisestä toimintakyvystä jo päivystykseen tullessa voisi olla selkeästi kirjattuna, jotta osastolta kotiutuessa toimintakykyä voitaisiin verrata päivystykseen tulovaiheeseen. Huomiota herättää toimintakyvyn maininto-

jen suhteellisen pieni määrä, sillä yhtenä otantaperusteena oli yleistilan lasku. Pohdintaa herätti, kuvaako potilaan yleistilalasku kirjauksena toimintakyvyn muutosta, jolloin voidaan olettaa että toimintakyvyn muutos on otettu huomioon. Lisäksi tutkimuksessa huomioitiin tarkemmin fyysisestä toimintakyvystä tiettyjä asioita, joita olivat omatoimisuus, avustettavuus, apuvälineet, kaatumisriski ja se, onko potilas kirjattu vuodepotilaaksi. Avustettavuutta oli kuvattu parhaiten, mutta muista asioista ei juuri ollut kirjauksia.

Psyykinen toimintakyky oli huomioitu neljäosalla tutkituista HOITO-lehdistä. Psyykkisestä toimintakyvystä olisi hyvä olla maininta, vaikka se ei poikkeaisikaan normaalista, jotta myöhemmin voidaan arvioida, onko tilanteessa tapahtunut mahdollisesti muutos. Potilaasta on hyvä mainita esimerkiksi kognitiosta, orientaatiosta tai mielialasta, sillä kaikki nämä asiat vaikuttavat potilaan hoitoon ja kotona pärjäämiseen. Jos potilaalla ei ole psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä ongelmia, myös tämä on tärkeää kirjata HOITO-lehdille. Voi olla, että päivystyksessä keskitytään lähinnä näkyviin somaattisiin oireisiin ja potilaan psyykkisen puolen selvittäminen jää siinä vähemmälle, mikä on ymmärrettävää varsinkin kiireisinä päivystysaikoina. Psyykinen toimintakyky on kuitenkin tärkeä osa ikääntyneen potilaan kokonais-toimintakykyä. Tämä vaikuttaa osaltaan myös hoidon suunnitteluun ja myöhempään kotiutuksen jälkeiseen kotona pärjäämiseen. Jos asiasta kirjattaisiin maininta jo päivystystilanteessa, voitaisiin asiaan puuttua myöhemmin helpommin ja tehokkaammin vuodeosastolla tai kotisairaanhoidossa.

Sosiaalinen toimintakyky oli huomioitu melko hyvin, sillä yli puolella tutkituista HOITO-lehdistä oli siihen liittyviä kirjauksia. Kaikki maininnat koskivat potilaan tukiverkkoa, joka on oleellinen asia etenkin ikääntyneillä selvittää. Kaikki ikääntyneet eivät välttämättä pysty itse hoitamaan asioitaan ja tarvitsevat esimerkiksi omaisten apua. HOITO-lehdille oli usein kirjattu, että omainen on ollut saattamassa ikääntynyttä päivystykseen, mutta kirjauksissa ei ollut mainittu, onko omaiselta selvitetty taustatietoja tai sovittu muita asioita. Tulosten pohdinnassa tulee ottaa huomioon myös se, että kaikilla päivystykseen tulleilla ikääntyneillä ei välttämättä ole ollenkaan tukiverkkoa, mutta he selviytyvät kuitenkin itsenäisesti, mikä voi tietenkin mahdollisesti selittää kirjausten puutteita.

Asumismuodosta oli kirjauksia hieman yli puolella HOITO-lehdistä. Asumismuoto on hyvin tärkeä ja oleellinen tieto ikääntyneen kotiutukseen liittyvässä suunnittelussa. Siksi sen selvittäminen ja kirjaaminen olisi tärkeää jo potilaan tullessa päivystykseen. Tulovaiheessa asia on helppo selvittää varsinkin, jos saattaja on mukana. Kun asumismuoto ja kotiolot on jo päivystyksessä selvitetty ja kirjattu, niitä ei tarvitse osastolla uudelleen selvittää myöhemmin potilaan kotiutusvaiheessa. Kaikissa tapauksissa tämä ei tietenkään onnistu, koska kaikki potilaat eivät välttämättä ole orientoituneita, heillä ei ole omaisia tai heillä ei ole kotipalveluita käytössä. Kirjausten vähäistä määrää voi selittää se, että asumista koskevia kirjauksia ei välttä-

mättä kirjata juuri HOITO-lehdelle. Esimerkiksi kotisairaanhoidon ja kotipalveluihin liittyvien tietojen pitäisi löytyä potilastietojärjestelmän toiselta lehdeltä, TIIV-lehdeltä. Päivystyksessä on käytössä kuitenkin vain HOITO-lehti ja muille lehdille ei välttämättä tehdä kirjauksia.

Potilaan kivuista oli maininta vain alle puolessa tutkituista HOITO-lehdistä. Määrä tuntuu vähäiseltä, koska tutkimuksessa huomioitiin myös kirjaukset potilaan kivuttomuudesta. Kivun huomiointi ja hoito on tärkeää kaiken ikäisillä potilailla ja se vaikuttaa potilaan selviytymiseen ja hoidon suunnitteluun. Kipu tai kivuttomuus vaikuttaa olennaisesti fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Kivun seuranta olisi hyvä aloittaa heti potilaan tullessa päivystykseen ja kirjausten perusteella on mahdollista arvioida kivun muutoksia ja hoitoa. Kivusta olisi hyvä selvittää esimerkiksi kivun voimakkuus, alkamisajankohta, minkälaista kipu on ja missä sitä on sekä kipua helpottavat ja pahentavat tekijät.

Lääkityksestä oli mainintoja kohtalaisesti. Maininnat olivat pääasiassa päivystyksessä annettuihin lääkkeisiin liittyviä. Tarkempia mainintoja oli nykyisestä ja aloitetusta lääkityksestä. Päivystyksessä on tietysti tärkeää kirjata siellä annetut lääkkeet ja arvioida niiden vaikutusta. Lisäksi potilaan kotilääkitys olisi varmasti hyvä tarkistaa ja lääkelista päivittää, jos mahdollista. Tämä helpottaa potilaan hoitoa osastolla ja myöhempää kotiutusta. Lääkelistan päivittämisestä jää merkintä lääkelistalle, jolloin asian kirjaaminen HOITO-lehdelle saattaa tuntua saman asian toistamiselta. Lääkelistan päivittämisestä voisi kuitenkin kirjata maininnan myös HOITO-lehdelle. Lopetetuista lääkkeistä ei tutkituilla HOITO-lehdillä ollut mainintoja, mikä voi johtua siitä, että päivystyksessä ei ilmeisesti lääkityksiä yleensä lopeteta, vaan lääkäri saattaa tarkistaa lääkityksen myöhemmin. Toisaalta lääkemuutokset saattavat vaikuttaa potilaan vointiin, jolloin lääkehoidon arvioinnin kannalta olisi suotavaa kirjata myös lääkehoidon muutoksista.

Päivystykseen tulleen potilaan hoitoon liittyvästä tiedonkulusta oli maininta vain puolessa tutkituista HOITO-lehdistä. Tulosten mukaan kotihoitoon on tehty hyvin vähän ilmoituksia, joka johtuu todennäköisesti siitä, että tutkimukseen valikoitui potilasotanta, joka ei kotiudu suoraan päivystyksestä, vaan siirtyy jatkohoitoon osastolle. Lisäksi voi olla, että kotihoito tai hoitolaitos, jossa potilas asuu, on lähettänyt potilaan päivystykseen. Tällöin tiedonkulusta ei sinänsä tarvitse huolehtia. Pääsääntöisesti potilaan hoitovastuun siirtymisestä tulisi ilmoittaa kaikille hoitotahoille ja omaisille. Kirjaukset voivat jäädä vähäisiksi, koska tiedonkulun hoitaminen ei välttämättä jää päivystyksen hoidettavaksi, vaan siitä huolehtii esimerkiksi potilaan omainen tai vuodeosasto. Tosin tällaisessakin tapauksessa kirjaaminen olisi suotavaa mahdollisten tietokatkosten vuoksi. Tutkimuksessa havaittiin kirjauksia, joissa kerrottiin potilaan siirtymisestä vuodeosastolle, mutta kirjauksista ei selvinnyt, onko osastolle varsinaisesti ilmoitettu potilaan siirtymisestä sinne. Siirtymävaiheessa potilaasta voidaan antaa puhelimitse raportti, jossa käydään läpi potilaan tilanteen ja hoidon kannalta tärkeimmät asiat.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin ulkopuolelle jätettiin potilaasta otettujen vitaalien mittausarvojen kirjaaminen, koska niiden ei katsottu olevan kotiutuksen kannalta se oleellisin asia potilaan tiedoissa. Näitä kirjauksia oli kuitenkin melkein kaikissa tutkituissa HOITO-lehdissä ja niiden kirjaaminen on päivystyksessä jokapäiväistä. Potilaat tulevat päivystykseen yleensä jonkin tietyn sairauden tai häiritsevän oireen vuoksi, ja peruselintoimintojen selvittäminen sekä muiden tutkimusten tekeminen on silloin alkutilanteessa ehdottoman tärkeää.

Vitaalien mittausten ja muiden tutkimusten avulla potilaan tilasta saadaan tarkempaa tietoa, ja lääkäri voi tiedon perusteella tehdä päätöksiä potilaan jatkohoidosta. Päivystyksessä hoidetaan potilaita monesti oirekeskeisesti ja myös kirjaaminen on oirekeskeistä ja saattaa monesti jäädä tämän takia vähäiseksi. Potilaan sairaus ja oireet on tärkeää hoitaa heti, ja tämän takia hoitoa ei välttämättä ajatella kokonaisvaltaisesti heti päivystyksessä, vaan keskitytään tiettyihin oireisiin ja niiden hoitoon. Lisäksi luotetaan siihen, että potilaan siirtyessä osastolle osaston henkilökunta selvittää tarkemmin potilaan kokonaistilaa ja elämäntilannetta.

Laadullinen tutkimus kohdistui päivystyksen ja akuuttiosaston näkökulmaan ikääntyneiden kotiutukseen liittyvien tietojen kirjaamisesta. Tuloksista selviää, mitä kotiutukseen liittyviä asioita päivystyksen hoitohenkilökunta pitää tärkeänä selvittää ikääntyneestä potilaasta, sekä millaisia asioita akuuttiosaston hoitohenkilökunta toivoo potilaasta kirjattavan, jotta kotiutus onnistuisi myöhemmin hyvin.

Päivystyksen teemahaastatteluissa nousi selvästi esille ajoittainen kiire, joka vaikuttaa hoitohenkilökunnan toimintaan. Kirjaaminen saattaa olla niukempaa kiireisinä aikoina, mutta kiireen hellittäessä kirjaaminenkin on monipuolisempaa. Kiireeseen ei tietenkään pystytä päivystyksessä vaikuttamaan, sillä potilasmäärät vaihtelevat päivittäin ja eri aikoihin päivästä. Toiset potilaat tarvitsevat mahdollisesti enemmän hoitoa kuin toiset. Monesti ikääntyneillä potilailla avuntarve on suurempi ja hoidontarve ja -kiireellisyys saattavat myös vaihdella eri potilailla. Sekavalle tai muistamattomalle ikääntyneelle potilaalle koettiin saattajan tuki myönteisenä, sillä saattajalta saadut tiedot nopeuttivat asioiden käsittelyä, jolloin hoitaja pystyi keskittymään seuraaviin selvitettäviin asioihin.

Päivystykseen tulevien potilaiden asioita hoidetaan hyvin oirekeskeisesti, sillä potilaalla saattaa olla akuutti hoidontarve, jolloin pitää toimia nopeasti. Tutkimustuloksia analysoitaessa kävi ilmi, että päivystyksessä mitataan melkein rutiininomaisesti potilaalta peruselintoiminnot. Mitattujen arvojen ja potilaan yleistilan perusteella määritellään hoidontarve ja kiireellisyys. Määrällisen tutkimuksen mittarissa (Liite 1) oli yhtenä kohtana vitaalielintoimintojen mittaaminen, mutta se jätettiin pois tutkimussuunnitelmaa tehtäessä. Peruselintoimintojen mittaaminen ja arvojen kirjaaminen ei vastannut varsinaisesti tutkimuskysymyksellä haettua

vastausta, mutta on toki tärkeä asia selvittää ja kirjata ikääntyneestä potilaasta hänen tullessaan päivystykseen. Peruselintoimintojen mittaaminen on päivystyksessä yleinen hoidollinen toimintatapa ja sillä ei varsinaisesti ole vaikutusta potilaan kotiutukseen ja sen onnistumiseen. Toki arvoja ja niiden muutoksia voidaan seurata ja ne kertovat potilaan kunnosta ja yleisestä terveydentilasta.

Lääkehoidon kirjaaminen vaatii erityistä tarkkuutta ja se tulisi tehdä mahdollisimman pian lääkkeenannon jälkeen. Näin välttyttäisiin päällekkäisiltä lääkeannoksilta ja tieto annetusta lääkkeestä olisi välittömästi hoitohenkilökunnan tiedossa. Tästä hyötyy myös akuuttiosaston henkilökunta, joka pystyy tarkistamaan esimerkiksi annetun lääkkeen vahvuuden potilaan siirryessä päivystyksestä osastolle. Kirjaamisen hyöty tulee näin kaikkien käyttöön. Joskus päivystykseen tulevan potilaan lääkelista ei ole ajan tasalla ja selvitystyö vie aikaa. Ajantasainen lääkelista on kaikkien etu ja se säästää aikaa myöhemmin akuuttiosaston henkilökunnalta. Joskus voi kuitenkin olla niin, että selvitystyöstä huolimatta lääkelista jää epäselväksi. Päivystyksessä ei välttämättä aika riitä kaikkien asioiden selvittämiseen ja akuuttiosastolla ymmärretään tämä.

Päivystyksen hoitohenkilökunnan tehtävänä on selvittää potilaan tulosyy, oireet ja taustatiedot. Tärkeässä asemassa on triage-hoitaja, joka haastattelee ja samalla tekee havaintoja potilaasta. Hänen ja myös muiden hoitajien kirjaamat tiedot potilaasta antavat tarpeellisia tietoja hoitavalle henkilökunnalle. Myös akuuttiosaston sairaanhoitajat pitivät tärkeänä tietää potilaan päivystykseen tulon syy jatkohoidon suunnittelun sekä hoidon arvioinnin kannalta. Jos potilas on hoitajalle entuudestaan tuttu, niin hoitajan ei välttämättä tarvitse etsiä kaikkea tietoa koneelta. Asia on toinen, jos potilas on vieras, eikä hänestä ole kirjattuna mitään tietoja hänen tullessaan päivystykseen. Kattava kirjaaminen vähentää turhaa työtä potilaan hoidossa sekä virheiden mahdollisuutta ja säästää aikaa. Sama potilas voi tulla aina uudestaan päivystykseen, jolloin asioiden tarkka kirjaaminen on myös päivystyksen henkilökunnan etu.

Potilaan toimintakyvyn ja kotilosuhteiden sekä tukipalvelujen selvittäminen potilaalta tai hänen läheiseltään jo päivystyksessä auttaa akuuttiosastoa potilaan kotiutusta suunniteltaessa. Varsinkin tieto toimintakyvyn muutoksista oli akuuttiosaston toiveena. Kaikkia asioita ei ehditä eikä pystytä selvittämään päivystyksessä ja selvittelyä jatketaan myöhemmin osastolla. Akuuttiosaston toiveena oli myös, että kaikki potilaalta tai omaiselta saatava olennainen tieto kirjattaisiin, jotta kotiutusvaihe helpottuisi. Tästä esimerkkeinä ovat potilaan käyttämät apuvälineet tai hänen kotiavun tarpeensa. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että päivystyksen hoitajille oli järjestetty koulutus potilastietojen rakenteisesta kirjaamisesta, mutta se ei ole vielä kaikilla hoitajilla käytössä. Tosin selkeitä ohjeita kirjaamisesta ei ole annettu, vaan osa hoitajista on omatoimisesti ottanut rakenteisen kirjaamismallin käyttöön. Akuuttiosastolla puolestaan kirjataan rakenteisesti, jolloin kirjaaminen on selkeästi yhdenmukaista. Yhteistyön kan-

nalta olisi tärkeää, että kaikilla olisi samat toimintamallit käytössä. Tämä selkeyttäisi varmasti kirjaamista ja siitä olisi hyötyä jatkossa kaikille.

Teemahaastattelua tehtäessä kysyttiin myös jatkohoidon järjestämisestä ja tiedonkulkuun liittyvistä asioista. Päivystystyössä potilasta vastaanotettaessa, eivät kotiutusasiat ole vielä välttämättä ensimmäisenä mielessä. Tosiasia kuitenkin on, ettei potilas voi jäädä päivystykseen yöksi. Jatkohoitopaikan järjestäminen voi viedä aikaa, eikä paikkoja välttämättä ole helposti saatavilla. Käytännössä riihimäkeläinen potilas voi päästä tarvittaessa esimerkiksi Lopen osastolle hoitoon tilanpuutteen takia. Tämä voi toimia myös toisinpäin. Lisäksi saattaa olla, ettei paikkaa löydy terveyskeskusten (Riihimäki, Hausjärvi, Loppi) vuodeosastoilta, jolloin potilas joudutaan lähettämään yöksi Hämeenlinnan erikoissairaanhoidon päivystykseen. Tämä ei aina ole potilaan kannalta hyvä asia, mutta osastojen ollessa täynnä ei muuta mahdollisuutta välttämättä ole. Joskus joudutaan valitsemaan huonompi vaihtoehto, eikä aina mielipahaltakaan välttyä.

Akuuttiosaston toiveena oli, että tiedonkulusta olisi kirjattu asioita koneelle puhelimitse annetun raportin lisäksi. Toivetta perusteltiin sillä, että näin tieto olisi tarkistettavissa myöhemmin ja myös muut osaston hoitajat saisivat tiedon varmemmin. Esimerkkinä kerrottiin tilanteesta, jossa omaiseen ei saatu yhteyttä päivystyksessä. Samalla tavalla toivottiin, että tieto kulkisi kotihoitoon tai hoitopaikkaan, jos sellainen on potilaalla käytössä. Joskus ongelmana saattaa olla myös omaisten yhteystietojen puuttuminen tai virheellisyys potilaan tiedoissa. Kaikesta huolimatta akuuttiosastolla ymmärretään kyllä päivystystyön kiireellisyys ja se, että kaikkia näitä asioita ei välttämättä ehditä selvittää tai tarkastaa.

Akuuttiosastolla tehdyn tutkimuksen perusteella päivystyksen kirjaaminen kotiutukseen liittyvissä asioissa ja kotiutuksen onnistumisen kannalta tiivistyy kolmeen pääluokkaan. Pääluokat liittyivät fyysiseen toimintakykyyn, tiedonkulkuun sekä muihin kotiutukseen vaikuttaviin tekijöihin. Fyysisen toimintakyvyn ja siinä tapahtuneen muutoksen, asumiseen liittyvien asioiden sekä apuvälinetarpeen kuvaaminen jo päivystyksessä koettiin merkittäväksi asiaksi kotiutuksen suunnittelun kannalta. Lisäksi päivystyksen sairaanhoitajilta toivottiin lyhyttä tilannekartoitusta potilaasta. Akuuttiosastolta kerrottiin joskus tällaisen löytyvän HOITO-lehdeltä, mutta tällä hetkellä vielä melko harvoin.

Tiedonkulun tärkeys ilmeni akuuttiosaston sairaanhoitajien haastatteluvastauksista. Tulossyypäivystykseen oli yksi tärkeistä asioista, jonka toivottiin löytyvän HOITO-lehdeltä. Potilaan hoitoon osallistuvilta tahoilta, esimerkiksi kotihoidolta, toivottiin kyseltävien asioita etenkin silloin, kun niihin tai heihin ollaan joka tapauksessa yhteydessä. Näiden tietojen löytymisen HOITO-lehdeltä koettiin helpottavan selvitystyötä osastolta. Tällä tavalla päivystyksen toiminta vaikuttaa suoraan akuuttiosaston kotiutustyöhön. Tiedonkulun kannalta erittäin tärkeä asia

on yhteystietojen tarkistaminen tilanteissa, joissa potilaalla on saattaja mukana. Tiedonkulkuun koettiin vaikuttavan myös lääkelistan ajantasaisuus. Akuuttiosastolla tulee tilanteita, joissa huomataan, että lääkelista on eri kuin potilaan kertoma lääkitys.

Muiden kotiutukseen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen sisälsi toiveita käytännön asioista, jotka vaikuttavat merkittävästi kotiutuksen onnistumiseen. Akuuttiosaston hoitajat kertoivat esimerkin, jossa potilaan terveydentila ja toimintakyky ovat olleet hyvät ja kotiutus on järjestetty, mutta viimehetkellä on huomattu, että potilaalla ei ole puhtaita vaatteita tai taksirahaa. Tällaisten tilanteiden välttämiseksi olisi hyvä, jos päivystyksessä huomataan tällaisia asioita, ne kirjattaisiin HOITO-lehdelle.

Kokonaisuudessaan akuuttiosastolta esitetyt toiveet kirjaamisesta olivat hyvin käytännönläheisiä, tarpeellisia ja tuntuivat mahdollisilta selvittää potilaalta tai esimerkiksi omaiselta ilman, että selvitystyö vie kohtuuttomasti aikaa hoitotyöltä. Akuuttiosaston hoitajat olivat ymmärtäväisiä ja kunnioittavia päivystystyötä tekeviä hoitajia kohtaan ja kertoivat rohkeasti toiveitaan kirjaamisesta. Tämä antaa kuvan, että asiat ovat todellisia ja liittyvät päivittäiseen hoitotyöhön akuuttiosastolla. Tutkimuksen tuloksista selviää, että vastaukset akuuttiosastolla olivat hyvin yhdenmukaisia. Yhdenmukaisten vastausten perusteella voidaan päätellä, että kolmen sairaanhoitajan haastattelu antoi luotettavan vastauksen asetettuun tutkimuskysymykseen.

Tämän opinnäytetyön määrällistä ja kahta laadullista tutkimusta voitiin verrata toisiinsa. Määrällisen tutkimuksen vertailukohtana oli päivystyksessä tehty laadullinen tutkimus ja lisäksi akuuttiosastolla tehtyä laadullista tutkimusta verrattiin päivystyksen laadulliseen tutkimukseen. Tuloksien avulla saatiin selvitettyä mitä HOITO-lehdille oli kirjattu kotiutukseen liittyvistä asioista päivystyksessä, mitä päivystyksen hoitohenkilökunta kertoi kirjaavansa ja mikä oli akuuttiosaston näkökulma tästä kirjaamisesta. Määrällistä tutkimusta verrattaessa päivystyksen laadullisen tutkimuksen tuloksiin, havaittiin niiden olevan melko yhdenmukaiset.

Päivystyksen ja akuuttiosaston laadullisen tutkimuksen tuloksista löytyi paljon yhteneviä osia alueita ikääntyneen kotiutukseen liittyvässä kirjaamisessa. Päivystyksen hoitohenkilökunta kertoi selvittävänsä ja kirjaavansa samoja asioita, kuin akuuttiosaston hoitohenkilökunta toivoi päivystyksessä kirjattavan. Samojen asioiden löytyminen kuvasi sitä, että molemmilla osastoilla tiedetään, millaiset asiat ovat tärkeitä huomioida juuri ikääntyneiden hoidossa. Tämä tutkimus ei selvittänyt syytä, miksi HOITO-lehdiltä näitä kirjauksia ei aina löytynyt.

Muiden kotiutukseen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen oli ainut poikkeava tulos. Tällaista osa-aluetta eivät päivystyksen hoitohenkilökunta ilmoittaneet huomioivansa tai kirjaavansa. Tulosta ei tulkittu niin, että päivystyksen kirjaamisesta löytyi puutos. Tämän tuloksen katsot-

tiin johtuvan siitä, että akuuttiosastolla kotiutus on päivittäinen asia, jolloin siihen liittyvä kokemus tuo monia näkökulmia, joita päivystyksessä ei kohdata päivittäin. Samoin päivystyksessä kohdatut asiat eivät ole välttämättä tuttuja osastolla työskenteleville. Tämän asian selviäminen tutkimustuloksena nosti esiin ehkä harvinaisemman, mutta merkittävän asian.

Tässä opinnäytetyössä tehdyn tutkimuksen tuloksissa oli joitakin yhteneväisyyksiä aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Laakkonen (2013) totesi tutkimuksessaan, että ikääntyneiden potilaiden kotitaustoja selvitettiin melko vähän sairaalahoidon aikana, mutta apuvälinetarve oli huomioitu hyvin. Peuralahden (2008) tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunnan tulisi huomioida tarkemmin ikääntyneen potilaan kuntoisuus ja elinolot kotiutuksessa. Samassa tutkimuksessa todettiin vielä, että potilaat ja omaiset luottavat, että kotitilanne selvitetään ja pärjääminen kotona huomioidaan todellisen tilanteen mukaan.

7.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin keväällä 2013 ottamalla yhteys opettaja-ohjaajaan sopivan aiheen löytämiseksi. Työn aiheeksi valittiin Riihimäen terveyskeskuspäivystyksen osastonhoitajan aloitteesta päivystykselle tehtävä tutkimuksellinen kotiutukseen liittyvä opinnäytetyö. Syksyllä 2013 otettiin yhteyttä terveyskeskuspäivystyksen osastonhoitajaan ja sovittiin tapaaminen aiheen tarkentamiseksi. Aiheen rajaaminen koettiin haastavaksi alusta alkaen ja aihe alkoi laajeta alussa liikaa. Tästä aiheutui suunnitelmien muuttaminen ja epävarmuus työn tarkoituksesta, jolloin työn tekeminen keskeytyi. Haasteeksi muodostui tutkimuksen varsinainen aihe, koska toiveita tutkimuksen suunnasta oli useita ja aikaa kului tutkimuskysymysten tarkentamiseen. Aiheen tarkennuttua alkoi työn teoria-aineiston keruu loppuvuodesta 2013. Jokainen ryhmän jäsenistä etsi tietoa erilaisista lähteistä ja osioita jaettiin hyväksyttäväksi toisille sähköpostin välityksellä sekä yhteisissä tapaamisissa. Haasteeksi huomattiin heti alusta asti erilaiset kirjoitustyylit, minkä vuoksi tekstiä muokattiin useita kertoja. Lisäksi luonnollisesti ryhmän kolmen jäsenen yhteisen ajan löytyminen opintojen ohella opinnäytetyön tekemiseen oli haastavaa. Syksyllä 2014 tutkimusluvan myöntämisen jälkeen alkoi tutkimusosaston toteuttaminen määrällisen tutkimuksen mittarin suunnittelulla, HOITO-lehtien analysoinnilla ja teemahaastattelurunkojen tekemisellä. Loppuvuodesta valmistuivat määrällisen tutkimuksen tulokset ja alkuvuodesta 2015 suoritettiin teemahaastattelut päivystyksessä ja akuuttiosastolla. Laadullinen tutkimusaineisto käsiteltiin ripeästi, jotta tutkimus valmistuisi kohtuullisessa ajassa. Jaoin tehtäviä ja haastatteluita tasaisesti ryhmän jäsenten kesken.

Opinnäytetyöprojekti on kestänyt nyt noin kaksi vuotta. Kahteen vuoteen mahtui useita onnistumisen hetkiä, mutta myös epätoivoisia ajatuksia useiden vaiheiden ja aikataulun viivästymisen vuoksi alkuperäisestä suunnitelmasta. Määrällisen tutkimusaineiston käsittely SPSS-ohjelmalla oli haasteellista, mutta oppimiskokemuksena hyödyllinen. Opinnäytetyön tekemi-

sestä saatu kokemus pitkäjänteisestä tiimityöskentelystä auttaa varmasti jatkossa sairaanhoitajan ammatissa. Teoriaosuuteen liittyneet asiat olivat suurimmaksi osaksi täysin uutta asiaa, eikä aikaisempaa kokemusta päivystystyöstä ollut. Ikääntyneen potilaan asioihin ja palveluihin perehtyminen antoi uutta näkökulmaa asioiden pohtimiseen, sillä potilaista suuri osa on ikääntyneitä. Kirjaamisen tutkiminen koettiin tärkeäksi, koska se kuuluu päivittäiseen sairaanhoitajan työhön. Tutkimukselliseen osuuteen kuuluvat analysoinnit ja haastattelut antoivat myös runsaasti uusia kokemuksia uuden tiedon hankkimisesta.

7.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet

Tehdyssä tutkimuksessa esiin tulleen kirjaamisen vaihtelevuuden perusteella kehittämisideana voisi olla päivystyksen kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen ja rakenteisen kirjaamisen hyödyntäminen. Jatkotutkimusaiheena esitetään kotitutukseen vaikuttavien asioiden tutkimusta vuodeosastojen ja kotihoidon välillä. Akuuttiosaston henkilökunnalta tulleiden toiveiden perusteella päivystyksen kirjaamisosiossa voisi olla kohta, jossa olisi koottuna potilaasta kaikki oleellinen tieto kotiutusta varten. Näin tieto olisi tarvittaessa helposti saatavilla. Tämäkin voisi olla kehitettävä asia. Toiveena oli myös potilaan psyykkisen tilan tai jonkun muun yllättävän asian kirjaaminen HOITO-lehdelle. Näin tilanne olisi kirjattuna jo ennen kuin potilas siirtyy eteenpäin ja asiaan voitaisiin reagoida nopeammin eikä se olisi esteenä kotiutuksen onnistumiselle.

Lähteet

Kirjallisuus

Agge, E. 2013. Hiljainen ilta päivystyksessä. *Sairaanhoitaja* 86 (4), 18

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanomapro.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Grönroos, E-K., Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen - kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitajalehti* 3:2006. Helsinki: Fioca.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2011. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, P. & Syväoja, P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanomapro.

Ikonen, E., 2013. *Kehittyvä kotihoito*. 3. painos. Helsinki: Edita.

Kivelä, S-L. 2004. *Vanhusten lääkehoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koponen, L. 2003. *lääkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen. 2013. *Ensihoito*. 3-4. painos. Helsinki: Sanomapro.

Kuva1: Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Luhtasaari, M. & Jämsén, S. 2013. *Vanhuksen kotiutus*. Sairaanhoitajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Duodecim.

Lämsä, R. 2013. *Potilaskertomus*. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. *Tutkimus* 99. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Nummelin, M., Tupala, M., Nuorinko, M., Koskelainen, S. & Pakasto, T. 2010. *Triage-luokitus tuo nopeammin avun hätäpotilaalle*. *Sairaanhoitaja Hoitotyön johtava ammattilehti*. 2010/12. Helsinki: Fioca.

Ruuti & Ryhänen- Liljeström. 2010. *Sairaanhoitaja*. Hoitotyön johtava ammattilehti. 2010/12. *Päivystyshoidolle selkeät toimintamallit*. Helsinki: Fioca.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2008. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Tammi.

Taulukko1: Nummelin, M., Tupala, M., Nuorinko, M., Koskelainen, S. & Pakasto, T. 2010. Sairaanhoidaja. Hoitotyön johtava ammattilehti. 2010/12. Triage- luokitus tuo nopeammin avun hätäpotilaalle. Helsinki: Fioca.

Taulukko2: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Taulukko 4: Iivanainen, P. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus- ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Uurto, K. & Mustajoki, M. 2013. Vanhuksen yleistilan äkillinen heikkeneminen. Sairaanhoidajan käsikirja. 8.painos. Helsinki: Duodecim.

Sähköiset lähteet

Ellala, S. 2013. "Hyvä kotiutuminen" - Kuvaileva tapaustutkimus kotihoidon ja sairaalan yhteistoiminnasta vanhuksen sairaalasta kotiutumisessa henkilöstön näkökulmasta. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.8.2014.
<http://tampub.uta.fi/handle/10024/84772>

Erkinjuntti, T., Viramo, P. & Rosenvall A.2014. Mini-mental state examination (mmse). Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä. Alzheimer-tutkimusseura. Viitattu 8.9.2014.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE.pdf>

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Viitattu 18.9.2014.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/

Jartti, L., Heinonen, P., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus - Päivystyksen suurkuluttajako? Suomen lääkäri-lehti. Viitattu 1.5.2014.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto40_3.pdf

Kempainen, V., Kiema, M. & Kvist, T. 2013. Hoitotyön suositus. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Viitattu 8.9.2014.
http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_vajaatoimintapotilaan_omahoito_18-2-2014.pdf

Kuolemansyyt 2012. Kolme neljästä tapaturmaisiin kaatumisiin kuolleista yli 70-vuotias. 2013. Tilastokeskus. Viitattu 30.8.2014.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_tie_001_fi.html

Laakkonen, S. 2013. läkkään potilaan sairaalasta kotiutuminen. Terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 23.9.2014. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/84590>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 27.4.2014. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Mustonen, H., Mäkelä, P. & Tigerstedt, C. (Toim.). 2010. Suomi juo - Suomalaisen alkoholin käyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: THL.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80301/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf?sequence=1>

Pajala, S. 2012. läkkäiden kaatumisten ehkäisy-opas. Helsinki: THL. Viitattu 8.9.2014.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1>

Peuralahti, S. 2008. Potilaan ja perheenjäsenen ohjaus terveystieteiden yksikkö. ProGradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.5.2015
<https://tampub.uta.fi/handle/10024/79203>

Rafaela -hoitoisuusluokitusjärjestelmä. 2014. Finnish Consulting Group. Viitattu 27.4.2014.
<http://www.rafaela.fi/>

RAI-järjestelmän rakenne. 2014. Helsinki: THL. Viitattu 1.9.2014.
<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-rakenne>

Suhonen, H. 16.10.2009. Ikääntyneiden päihteiden käyttö. Viitattu 30.8.2014.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/114-ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>

Suomalaisten ravitsemus ja ruokailu. Iäkkäät. 2012. Helsinki: THL. Viitattu 8.9.2014.
<http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/ravitsemustietoa/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>

THL. 2014. MMSE-testin käyttö iäkkään henkilön palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 8.9.2014. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/87/>

THL. 2014. Hyvinvointi- ja terveyserot, eriarvoisuus, toimintakyky. Viitattu 20.9.2014.
<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky>

van der Meer, M. 2014. Hoitaja ei voi arvioida yksin hoidon tarvetta päivystyksessä. Lääkärelehti. Viitattu 20.9.2014.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=15098/type=1

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. Etene. Viitattu 18.9.2014.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.9.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

Julkaisemattomat lähteet

Akuuttiosaston esite. 2014. Riihimäenseudun terveystieteiden yksikkö. Viitattu 29.9.2014.

A. Ollikainen. 2014. Riihimäen seudun terveystieteiden yksikkö. Viitattu 29.9.2014.

Hyvä kotiutus - Laatuvaatimukset ja kriteerit. 2014. Riihimäen terveystieteiden yksikkö. Viitattu 29.9.2014.

O. Luoma. 2014. Haastattelu 8.4.2014.

Kuviot

Kuvio 1: Sukupuolten jakauma.	46
Kuvio 2: Kirjausten määrien jakautuminen.	47
Kuvio 3: Potilaan ravitsemustilaan ja päihteiden käyttöön liittyvä kirjausten määrä.	48
Kuvio 4: Fyysisen toimintakyvyn kirjaukset.	49
Kuvio 5: Psykkisen toimintakyvyn kirjaukset.	50
Kuvio 6: Sosiaalisen toimintakyvyn kirjaukset.	51
Kuvio 7: Asumismuotoon liittyvien kirjausten määrä.	52
Kuvio 8: Kipuun tai kivuttomuuteen liittyvien kirjausten määrä.	53
Kuvio 9: Lääkitykseen liittyvien kirjausten määrä.	54
Kuvio 10: Tiedonkulkuun liittyvien kirjausten määrä.	55

Taulukot

Taulukko 1: Triage- luokituksen ABCDE- malli.	15
Taulukko 2: Geriatrisen arvioinnin eteneminen.	19
Taulukko 3: Alkuperäisilmauksien pelkistäminen.	43
Taulukko 4: Pelkistysten ryhmittely alaluokiksi.	44
Taulukko 5: Teoreettisten käsitteiden muodostaminen.	44
Taulukko 6: Päivystyksessä kirjatut ikääntyneen potilaan kotiutukseen liittyvät asiat.	57
Taulukko 7: Kotiuttamisen kannalta tärkeitä osa-alueita kirjaamisessa.	61

Liitteet

Liite 1: Määrällisen tutkimuksen mittari.....	83
Liite 2: Teemahaastattelu päivystyksen hoitohenkilökunnalle	84
Liite 3: Teemahaastattelu akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle	85
Liite 4: Määrällisessä tutkimuksessa käytetyt tulokset ja tietojen luokittelu	86

Liite 1: Määrällisen tutkimuksen mittari

1. Perustiedot

TULOSYY

- Yleistilan lasku
- Virtsatieinfektio
- Keuhkokuume
- Sydämen vajaatoiminta
- jokin muu

PERUSSAIRAUDET

- Diagnoosit
- Oireet
- Monisairastavuus
- Aikaisemmat hoitojaksot

POTILAAN YLEISTIEDOT

- Sukupuoli
- Ikä
- Kotipaikkakunta
- Omaisen tai läheisen yhteystiedot
- Ravitsemustila
- Pähteiden käyttö
- Tukipalvelujen tarve

2. Toimintakyky

FYYSINEN

- Omatoiminen
- Avustettava
- Tarvitsee apuvälineitä
- Kaatumisriski
- vuodepotilas
- Kivulias

PSYKKINEN

- Kognitio
- Sekavuus
- Mielensterveys

SOSIAALINEN

- Sosiaalinen tukiverkko
- Yhteistyökykyisyys

3. Asumismuoto (Asuu:)

- Yksin
- Puolison tai muun läheisen kanssa
- Omaishoitajan kanssa
- Kotihoidon turvin
- Laitoksessa
- Omakotitalossa (portaiden määrä)
- Kerrostalossa, jossa hissi
- Kerrostalossa, jossa ei hissiä

4. Potilaan lääkitys

- Nykyinen
- Aloitettu
- Lopetettu

5. Tiedonkulku (ilmoitettu siirrosta tai uusien palvelujen järjestäminen)

- Omaiselle
- Kotihoitoon
- Jatkohoitopaikkaan
- Fysioterapeutti
- Sosiaalityöntekijä

Liite 2: Teemahaastattelu päivystyksen hoitohenkilökunnalle

Pääteema: Terveyskeskuspäivystyksen toiminta

Alateema: päivystysprosessi

Alateema: potilaan vastaanotto

Pääteema: Hoidon tarpeen arviointi

Alateema: tietojen kerääminen

Pääteema: Ikääntynyt potilaana

Alateema: erityishuomiot

Pääteema: Potilastietojen kirjaaminen

Alateema: kirjaaminen yleisesti

Alateema: ikääntyneillä huomioitavat asiat

Alateema: tietojen hyödyntäminen potilaan hoidossa ja kotiutuksessa

Pääteema: Ikääntyneen kotiutus

Alateema: tärkeimpiä huomioitavia asioita

Alateema: mitä asioita kirjataan

Liite 3: Teemahaastattelu akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle

Pääteema: Ikääntynyt potilaana

Alateema: erityishuomiot

Pääteema: Ikääntyneen kotiutus

Alateema: tärkeimpiä huomioitavia asioita

Alateema: miten hyvin asioita on kirjattu

Pääteema: Hyvän kotiutuksen kriteerit

Alateema: mitä asioita huomioidaan

Alateema: mitä tulisi huomioida

Pääteema: Pohjatieto onnistuneeseen kotiutukseen

Alateema: päivystyksessä kirjatut tiedot

Alateema: akuuttiosastolla kirjatut tiedot

Alateema: mahdolliset lisäselvitykset

Pääteema: Kirjattujen kotiutukseen vaikuttavien tietojen saatavuus

Alateema: mistä tiedot nähdään

Alateema: tietojen päivitys

Alateema: toiveet selvitettävistä tiedoista

Alateema: kehitysehdotuksia

Liite 4: Määrällisessä tutkimuksessa käytetyt tulokset ja tietojen luokittelu

Tulosy	Selkeästi mainittu tulosy
Diagnoosit	Maininnut todettuja potilaan sairauksia
Oireet	Mainittu potilaan eri oireita
Monisairastavuus	Mainittu enemmän kuin kaksi perussairautta
Aikaisemmat hoitajakset	Mainittuna useampi hoitajakso
Sukupuoli	Näkyvissä potilaan perustiedoissa
Ikä	Näkyvissä potilaan perustiedoissa
Ravitsemustila	Kuvattu ravitsemustila selkeästi
Päihteen käyttö	Mainittu päihteen käytöstä tai epäilystä
Fyysinen toimintakyky	Maininta fyysisestä toimintakyvystä
Omatoimisuus	Mainittu potilaan olevan omatoiminen, kävelee ja toimii itse
Avustettava	Mainittu potilaan olevan avustettava, tarvitsee apua siirtymisissä ym.
Apuvälineiden tarve	Mainittu potilaan käyttävän apuvälineitä, pyörätuoli ym.
Kaatumisriskin huomiointi	Mainittu potilaalla olevan kaatumisriski tai kuvattu liikkumisen ongelmaa.
Vuodepotilas	Mainittu potilaan olevan vuodepotilas
Potilaan kivut huomioitu	Mainittu potilaan kivuista
Psyykinen toimintakyky	Maininta psyykkisestä toimintakyvystä
Kognitio	Maininta muistiin liittyviä asioita
Orientaatio	Mainittu potilaan orientaatiosta
Potilaan mieliala	Mainittu huomio potilaan mielialasta
Sosiaalinen toimintakyky	Maininta sosiaalisesta toimintakyvystä
Sosiaalinen tukiverkko	Mainittu omaiset tai hoitavat tahot
Potilaan yhteistyökyky	Mainittu potilaan yhteistyökyvystä
Asumismuoto	Maininta asumiseen liittyvästä asiasta
Asuu kotona	Mainittu potilaan asuvan kotona
Asuu yksin	Mainittu potilaan asuvat yksin
Asuu puolison kanssa	Mainittu potilaan asuvan omaisen kanssa
Potilaalla omaishoitaja	Mainittu potilaalla olevan omaishoitaja
Kotihoito palvelu	Mainittu potilaan kotihoitopalveluista
Asuu palveluyksikössä/laitoksessa	Mainittu potilaan asuvan palveluyksikössä
Potilaan lääkitys	Maininta potilaan lääkityksestä
Nykyinen lääkitys	Mainittu käytössä olevista lääkkeistä

Aloitettu lääkitys	Mainittu aloitetusta tai annetusta lääkkeestä
Lopetettu lääkitys	Mainittu lopetetusta lääkkeestä
Tiedonkulku	Maininta tiedonkulusta
Tieto omaiselle	Mainittu tiedon kulusta omaiselle
Tieto kotihoitoon	Mainittu tiedon kulusta kotihoitoon
Tieto hoitopaikkaan	Mainittu tiedon kulusta hoitopaikkaan tai jatkohoitopaikkaan