

**HYVÄN KOTIUTTAMISEN
LAATUKRITEERIEIN TOTEUTUMINEN
HOITOTYÖSSÄ ASIKKALAN
KUNNASSA**

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2007
Ojala Pirkko
Tetri Jaana

Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

OJALA PIRKKO & TETRI JAANA: Hyvän kotiuttamisen laatuvaatimusten toteutuminen
hoitotyössä Asikkalan kunnassa

Hoitotyön opinnäytetyö, 49 sivua, 16 liitesivua

Syyskuu 2007

TIIVISTELMÄ

Asikkalan kunta oli mukana vuosina 1998 – 1999 Lasso-projektissa, jossa oli tarkoitus kehittää vanhusten koti- ja asumispalvelujen laatua. Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi havaittiin vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen vuodeosastolta kotihoitoon. Lasso-projektissa laadittiin laatuvaatimusten toteuttamisen laatuvaatimukset ja kotiuttamisen tarkistuslista, joiden oli tarkoitus toimia hoitohenkilökunnan työvälineinä. Samalla luotiin vuodeosaston ja kotihoidon välille yhteisiä käytäntöjä, miten vanhuspotilas tulisi kotiuttaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Asikkalan kunnan kotiuttamisen laatuvaatimusten toteutumista käytännönhoitotyössä, potilaan kotiutuessa vuodeosastolta kotihoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää toteutuivatko Lasso-projektissa laatuvaatimusten toteuttamisen laatuvaatimukset tällä hetkellä kotiuttamistilanteissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli ohjata työyhteisöjä onnistuneisiin kotiuttamisiin ja muistuttaa laatuvaatimusten käytöstä käytännön hoitotyössä.

Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä ja aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös kaksi avointa kysymystä. Tutkimus toteutettiin Asikkalan kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kotihoidossa. Vastaajina olivat vakituksessa työsuhteessa olevat tai yli puolivuotta määräaikaisessa työsuhteessa työskennelleet lääkärit, sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat. Kyselylomakkeita jätettiin vastattaviksi 60 kappaletta ja vastuksia saatiin 38 kappaletta. Tutkimusaineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS analyysi menetelmällä ja avoimet kysymykset analysoitiin laskemalla yhteen eri vastaukset, jolloin saatiin selville vastaajien mielipiteet.

Tutkimustuloksen perusteella voidaan todeta kotiuttamisen laatuvaatimusten toteutuvan pääsääntöisesti käytännön hoitotyössä, vaikka yli puolet vastanneita ei tieneet kotiuttamisen laatuvaatimuksesta. Tutkimuksen mukaan kotiuttamiseen vaikuttavat pääasiassa samat tekijät kuin kotiuttamisen laatuvaatimusteissa mainitaan.

Jatkotutkimuksena tämän tutkimuksen pohjalta voisi tutkia kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä vanhusten ja omaisten näkökulmasta. Selvittää hoitoneuvottelussa sovittujen asioiden toteutumista potilaan näkökulmasta. Kotiuttamisen onnistumisten ja epäonnistumisten, sekä niihin johtavien syiden tutkiminen sekä eri organisaatioiden välisen tiedon kulun ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittäminen.

Avainsanat: kotiuttaminen, laatu, hoitotyö

Lahti University of Applied Sciences, Faculty of Social and Health Care
Degree Programme in Nursing.

OJALA, PIRKKO & TETRI, JAANA: Fulfilling good quality criteria in discharging patients in the health care system in the Asikkala municipality

Bachelor`s thesis , 49 pages, 16 attachments

Autumn 2007

ABSTRACT

The municipality of Asikkala participated in the Lasso-project during the years 1998 – 1999. The goal of the project was to improve the assessment quality of home care and living services for the elderly. It was discovered that the most urgent point for development was the successful of the elderly patients from the hospital to home health care. Quality criteria`s for discharging patient`s were drawn up along with a checklist to be used as a tool in assisting the hospital staff with discharging patients. At the same time, mutual guidelines were drawn up on discharging the elderly that is to be followed by the geriatric ward and the home health care system.

The purpose of thesis was to discover how the health care system in the Asikkala municipality implements quality criteria`s when discharging patients in practical health care, from the geriatric unit to home health care. The purpose of the survey was to find out how the qualification criteria`s for the discharges that had been developed in the Lasso-project were being fulfilled at the present when discharging patients. The goal of the thesis was guide the health care staff in discharging successfully and remind them of the use of quality criteria`s in practical health care.

The survey was conducted quantitatively, a quantity research method, and information was gathered on a structured questionnaire that included two open questions. The survey was carried out in Asikkala Health Care Center geriatric ward and in the home care system. Respondents were doctors, registered nurses and practical nurses that hold either a permanent position or than a six month part-time position. Sixty questionnaires were distributed and thirty-eight were answered. To acquire the respondents opinions, the structured questions in the research material were analysed by the SPSS method and the open questions were analysed by calculating different results together.

The survey results found that quality criteria`s were carried out when discharging patients in the practical health care even though half of the respondents were not aware of the quality criteria. The study shows that the same active factors are present in the process of discharging that are mentioned in the quality criteria`s for discharging.

Using the findings of this research, further research can be carried out to evaluate the success of the discharging to home care from the perspectives of the elderly and their relatives. The patient`s point of view on the outcome of the care agreed upon in the discharge plans is discussed in the follow up care consultations. Further research can also be done to investigate the reasons and outcomes in successful and non-successful discharges from the hospital, communications between different organizations and the cause of influential factors that effect all outcomes.

Key words: discharging, quality, health care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Valtakunnallisia vanhuspoliittisia linjauksia	5
2.2 Laatuksiteerien perustuminen Lasso-projektiin	7
2.3 Laadun merkitys vanhusten kotiuttamisessa	8
2.4 Hyvä kotiuttaminen hoitotyön laadun takeena	11
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	14
4.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä	14
4.2 Aineiston hankinta ja kohdejoukon kuvaus	15
4.3 Tutkimusaineiston analysointi	16
5 TULOKSET	17
5.1 Vastaajien taustatiedot	17
5.2 Laatuksiteerien toteutuminen	18
5.3 Laatuksiteerien tunteminen ja kotiuttamiseen vaikuttavat tekijät	35
6 TULOSTEN YHTEENVETO	37
7 POHDINTA	40
7.1 Tulosten vertailu	40
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
7.3 Tutkimustuloksen hyödyntäminen ja jatkotutkimus aiheet	45
LÄHTEET	46
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Asikkalan kunta kuuluu Etelä-Suomen lääniin ja sijaitsee Päijät-Hämeen maakunnassa. Keskustaajama on Vääksy, johon lisäksi kuuluu 25 kylää. Kunta on kuuluisa kauniista järvimaisemista ja Vääksyn kanavasta, joka yhdistää Päijänteen ja Vesijärven toisiinsa. Asukkaita kunnassa on 8684 henkilöä. Vuonna 1998 Asikkalan kunnassa 65 vuotta täyttäneitä oli 17,7 % väestöstä ja vuonna 2006 22,91 %. Vuoteen 2010 mennessä on arvioitu yli 65- vuotta täyttäneiden määrän lisääntyvän Asikkalassa 22 %. (Tilastokeskus, 2006; Asikkala - Wikipedia.)

Vuosina 1998 – 1999 tehtiin Asikkalan kunnan vanhustenhuollossa rakenteellisia muutoksia, jolloin avopalveluja lisättiin sekä monipuolistettiin ja vanhusten laitoshoidtoa vähennettiin (Valtonen 1999, 3; 2000, 7 - 10). Vuonna 1998 Asikkalan kunta lähti mukaan Lasso-projektiin, jossa haluttiin kehittää vanhusten koti- ja asumispalvelujen laatua. Tärkeimmäksi kehittämisalueeksi todettiin onnistunut kotiuttaminen. Asikkalan kunta loi Lasso-projektissa kotiuttamisen laatukriteerit, joiden tarkoituksena olisi toimia työvälineenä, miten vanhus tulisi kotiuttaa. Lasso-projekti oli Asikkalan kunnan kuntasuunnitelman sitovissa tavoitteissa vuonna 1998. Lasso-projektina laaditut kotiuttamisen laatukriteerit hyväksyi perusturvalautakunta vuonna 1999.

Asikkalan kunnan strategia ja toimenpideohjelman (2007) mukaan 01.01.2007 alkaen Asikkalan kunta ei ole tuottanut sosiaali- ja terveystalvitu itse, vaan ostaa perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä koti- ja laitosasumisen palvelut Peruspalvelukeskus Oiva liikelaitokselta, joka kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon. Keväällä 2007 aloitti Asikkalan kunnassa liikelaitos Oivan palveluksessa kotiutushoitaja, jonka tehtävänä on toimia kotiuttamisen asiantuntijana. (Asikkala - Wikipedia.)

Kotiuttamisella tarkoitetaan siirtymävaihetta, jossa potilas siirtyy yhdeltä hoidon tasolta toiselle. Siirtymävaiheessa potilas siirtyy kotiin tai toiseen hoitoyksikköön (Grönroos & Perälä, 2006). Kiinnostus aiheeseen heräsi tutkijoiden omien kokemusten pohjalta käytännön hoitotyössä vuodeosastolla ja kotihoidossa.

Kokemusten mukaan onnistunut kotiuttaminen on erittäin tärkeä asia. Kotiuttamisen

laatukriteerit ovat jääneet jostakin syystä unohduksiin. Laatukriteerit laadittiin hoitohenkilökunnalle työvälineiksi, jotka johtaisivat onnistuneisiin kotiuttamisiin.

Tässä tutkimuksessa on selvitetty kolmea asiaa: Toteutuvatko Lasso-projektissa laaditut hyvän kotiuttamisen laatukriteerit kotiuttamistilanteissa käytännön hoitotyössä Asikkalan kunnassa? Ovatko kyselylomakkeeseen vastaajat tietoisia kotiuttamisen laatukriteereistä? Mitkä tekijät vastaajien mielestä vaikuttavat kotiuttamisen onnistumiseen? Tutkimukseen vastaajina olivat vuodeosaston ja kotihoidon lääkärit, sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat, jotka työskentelevät vakituisessa työsuhteessa tai ovat olleet yli puoli vuotta määräaikaissä työsuhteessa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa myös oli kaksi avointa kysymystä. Tavoitteena on myös ohjata työyhteisöjä onnistuneisiin kotiuttamisiin ja muistuttaa laatukriteerien käytöstä käytännön hoitotyössä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta perustuu aiheeseen liittyvään kirjalliseen tietoon ja Asikkalan kunnassa toteutettuun Lasso-projektiin. Lasso-projektissa nähtiin ongelmana vanhusten kotiuttaminen vuodeosastolta kotihoitoon. Yhteisiä käytäntöjä vuodeosaston ja kotihoidon välillä ei ollut, yhteisten käytäntöjen puuttuminen johti vanhusten kotiutumisten epäonnistumiseen. Vanhus saattoi palautua vuodeosastolle takaisin, jo muutamien päivien sisällä kotiutumisesta, mikä olisi ollut estettävissä yhdessä sovitulla käytännöllä.

Lasso-projektissa moniammatillinen työryhmä laati hyvän kotiuttamisen laatukriteerit (liite 1), joissa sovittiin yhteisistä käytännöistä vanhuksen kotiuttamistilanteissa. Tarkoituksena oli seurata kotiuttamisen laatukriteerien toimimista ja arvioida niiden toteutumista kaksi kertaa vuodessa. Käytännössä kuitenkin laatukriteerit eivät näy, eikä kotiuttamisen onnistumista ole arvioitu. (Valtonen, 2000, 7 – 10.)

Aikaisempia tutkimuksia kotiutuksen kriteerien toteutumisesta löytyy vähän. Ripatti ja Seppälä (2000, 35 - 36) ovat tutkineet hyvän kotiutuksen kriteerien toteutumista Lahdessa Launeen kotihoidossa hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan onnistuneiden kotiutusten järjestäminen on tärkeä osa hoitajien työtä. Kotiutus koetaan haastavana hoitotyön tilanteena, jossa pitää huomioida monia eri tekijöitä. Tärkein osa-alue onnistuneessa kotiutusprosessissa on hoidollisten ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Hoitoneuvottelu potilaan asioista on merkittävä osa potilaan tarpeiden huomioinnissa. Potilas ja omaiset kokevat myönteisenä kokemuksena hyvin ja huolellisesti suunnitellun kotiuttamisen. Potilasta ja omaisia tulee rohkaista kotona asumiseen, jolloin on tärkeää omatoimisuuden tukeminen ja kotona selviytymisen seuraaminen. Negatiivinen kokemus potilaille ja omaisille syntyy, kun he eivät ole olleet valmiita kotiutukseen tai kotiuttamiseen liittyä pelkoa kotona pärjäämisestä. Negatiivisena tekijänä kotiuttamisessa koetaan se, että avun tarvetta ei ole kartoitettu riittävästi. Moniammattillinen yhteistyö ja suunnittelu vähentävät negatiivisia kokemuksia kotiuttamisesta.

Moniammattillinen yhteistyö koetaan tavoitteellisena toimintana, jossa tärkeänä tekijänä on keskinäinen luottamus kaikkien työntekijöiden kesken. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö vaihtelee paljon. Jotkut omaisista ovat aktiivisesti mukana potilaan kotiutuksessa ja toisista on vain yhteystiedot. Siihen missä määrin omaiset osallistuvat potilaan hoitoon, vaikuttavat asuinpaikkakunta, huonot välit potilaan kanssa tai pelko ottaa vastuuta potilaan hoidosta. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö tulee tulevaisuudessa erityisen tärkeäksi, koska kotihoidon resurssit eivät riitä kattamaan lisääntyvää hoidon tarvetta vanhusväestön lisääntyessä ja laitospainotteisen hoidon vähentyessä. Laitospaikkojen vähentäminen on johtanut jäljellä olevien laitospaikkojen tehokkaaseen käyttöön. Kehittämishaasteena voidaan nähdä laitospaikkojen vähentäminen, jolloin tärkeäksi nousee kotiuttamisen kehittäminen. Hyvä kotiuttaminen ja sen kehittäminen hoitotyön haasteena on osa nykypäivän terveydenhuollon ammattilaisen ammattitaitovaatimuksia. Kotiuttamisen kehittämisessä olennaista on yhteisteisistä käytännöistä sopiminen ja niiden noudattaminen. Ammatillinen kyky hahmottaa asioita vaikuttaa kotiuttamisen onnistumiseen. Hoidon jatkuvuudelle tärkeäksi tekijäksi on noussut yhteistyö organisaatioiden kesken. Perjantain kotiutus koetaan ongelmalliseksi, koska henkilökuntaa on vähemmän työssä viikonloppuisin ja kotiutuksen alkuvaiheessa

usein kotihoidon käyntejä tarvitaan tiheämmin. (Ripatti & Seppälä, 2000, 37 – 38; Valtonen, 2000, 7; Saarela, 2001, 36 -38.)

Samansuuntaisia tutkimuksia löytyy eräiden sairaaloiden vuodeosastojen kotiuttamisen prosesseista, joita hoitajat tai potilaat ovat kuvanneet. Saarela (2001) on tutkinut potilaan kotiutumista erään terveyskeskuksen vuodeosastolta hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan sairaalahoidon aikana on tarkoitus lisätä potilaan toimintakykyä. Mahdollisimman varhainen kotiuttaminen on tärkeää vanhusten toimintakyvyn kannalta. Toimintakyky laskee erittäin nopeasti vuodeosastolla, jolloin vanhusten laitostuminen saa helposti alkunsa. Potilaan kotiuttaminen tulee aloittaa heti potilaan hoitoon saapuessa, jolloin selvitetään potilaan kotiuttamiseen vaikuttavat tekijät kokonaisvaltaisesti. Hoitotyön kannalta hyvään ja laadukkaaseen kotiuttamiseen liittyvät avun järjestäminen kotiin ja potilaan sekä omaisten tyytyväisyys hoitoon. Sairaalasta kotiutumiseen vaikuttavat potilaan oma vointi, kyky itsehoitoon, omaisten antama apu ja muun avun järjestäminen kotiin. (Valtonen, 2000, 7; Saarela, 2001, 34 – 35.)

2.1 Valtakunnallisia vanhuspoliittisia linjauksia

Vanhustenhuolto muuttui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa. Kunnat saivat luvan järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut tuottamalla ne itse, kuntayhteistyönä tai ostamalla ne yksityiseltä palvelun tuottajalta. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen vanhuspoliittisista linjauksista. Vanhuspolitiikassa on tarkoitus edistää vanhusten hyvinvointia, kannustaa itsenäiseen selviytymiseen ja antaa hyvää hoitoa. Keskeisiä arvoja ovat tasa-arvoisuus, itsemääräämisoikeus, taloudellinen riippumattomuus, turvallisuus ja sosiaalinen verkosto. Vanhuspolitiikka korostaa sairauksien, toimintarajoitteiden ja menetysten sijasta voimavarojen hyödyntämistä. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 selvityksessä korostetaan toimintakyvyn parantamista, itsenäistä selviytymistä, palvelujen saumattomuutta ja monipuolisuutta, esteetöntä ympäristöä sekä uuden teknologian hyväksikäyttöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007; Noppari & Koistinen, 2005, 11 - 12.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004 – 2007 korostaa kotona asumisen onnistumista mahdollisimman pitkään. Vanhuspalveluiden toimintakenttä on muutosvaiheessa, jolloin kuntien tuottamissa palveluissa on eroja ja asiakkaille annettavat palvelut vaihtelevat suuresti. Tulevaisuudessa vanhustyön tarpeet kasvavat ja kuntien välistä yhteistyötä tarvitaan palveluiden turvaamiseksi. (Noppari & Koistinen, 2005, 12 - 81.)

Vanhusten hoidon ja palvelun tavoite on tukea vanhusten elämänlaatua kaikissa heidän toimintaympäristöissään. Elämänlaatuun kuuluvat terveys ja hyvinvointi, elintaso, sosiaaliset verkostot, elämän mielekkyys, elinympäristö, suhtautuminen omaan tilanteeseen, toimintakyvyn muutoksiin ja hoitoon. Usein vanhusten omat mielipiteet ja toiveet unohdetaan toimimalla vastoin vanhusten omaa mielipidettä. Määrittelevätkö ulkopuoliset vanhusten elämän sisällön vai annetaanko vanhusten itsensä se määrittellä. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan paneutuvaa otetta vanhusten elämäntilanteisiin ja ongelmiin. Nykyisin vanhusten vaikeat elämäntilanteet nähdään ammatillisen työn haasteina. Hoitotyön perusarvot ihmisen ainutkertaisuuden, itsemääräämisoikeuden ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen kuuluvat hyvään elämänlaatuun pyrkivän hoitotyön tavoitteiksi. Vanhusten omien voimavarojen tunnistamista pidetään toimintakyvyn perustana. Henkisten toimintojen tukeminen on yhtä tärkeää kuin fyysisten. (Vaarama, 2002, 11 – 14.)

2.2 Laatuksiteerien perustuminen Lasso-projektiin

Usein jonkin asian arviointiperusteeksi määritellään kriteeri. Saman periaatteen mukaan laatuksiteeri on laadun arviointiperuste. Kriteerillä tarkoitetaan Nykysuomen Sanakirjan (1990, 273) mukaan ominaisuutta, jonka avulla voidaan erottaa joku muista ja todeta oikeaksi tai todistaa. Kriteeri on tunnusmerkki jollekin. Eri kielissä kriteeri saa merkityksiä erottaa, valita, ratkaista. Stakesin (1995) sosiaali- ja

terveydenhuollon laatusanastossa kriteeri määritellään ominaisuudeksi, joka on valittu laadun määrittämisen perusteeksi. Mitattavissa oleva ominaisuus valitaan laatukriteeriksi. Yleisesti hoitotyössä kriteeri on määritelty laatuvaatimusten osatekijäksi tai erillisiksi tekijöiksi, mitkä ovat havaittavia, mitattavia ja mitkä heijastavat laatuvaatimuksen tarkoitusta. Laatukriteerit ovat mittareita ja käytännön työn apuvälineitä, joille voidaan osoittaa samoja vaatimuksia kuin muillekin mittareille. Kriteerien tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä mitattavissa ja saavutettavissa olevia, myös asiakkaiden näkökulman huomioivia. Kriteerien tulee perustua viimeisimpään tietoon ja työntekijöiden asiantuntemukseen, joka on syntynyt käytännön työssä. (Koukkunen, 1990, 273; Suomen Kuntaliitto, 1999, 37 - 46.)

Asikkalan kunnan vanhustenhuollossa vuosina 1996 – 1998 tapahtui rakenteellisia muutoksia, jolloin vähennettiin vanhusten laitoshoidtoa sekä asumispalveluja ja viriketoimintoja lisättiin. Asikkalan kunta lähti mukaan Lasso-projektiin eli laatuhallintaan sosiaalipalveluissa. Lasso-projektissa oli tarkoitus kehittää vanhusten koti- ja asumispalvelujen laatua. Onnistunut kotiuttaminen todettiin heikoimmaksi kohdaksi vanhusten palveluja tarkasteltaessa Asikkalan kunnassa. Usein kotiuttamisen jälkeen vanhus palasi takaisin vuodeosastolle jo samana päivänä tai seuraavana päivänä. Epäonnistuneet kotiuttamiset aiheuttivat syylistämistä ammattihenkilöstön välillä, mikä heikensi yhteistyösuhteita ja luotettavuutta. Asikkalan kunta päätti tehdä Lasso-projektina laatutyön, joka myös olisi sopimus, miten vanhuspotilaat tulisi kotiuttaa. Lasso-projekti otettiin kunnan kuntasuunnitelman sitoviin tavoitteisiin vuonna 1998. Tammikuussa vuonna 1999 perusturvalautakunta hyväksyi kotiuttamisen laatukriteerit. (Valtonen, 1999, 1; 2000, 7 - 10.)

Lasso-projektiin koottiin työryhmä, johon kuului jäseniä eri työyksiköistä. Jäsenet tarkastelivat kotiuttamisen nykytilannetta ja kartoittivat silloiset kotiuttamisen heikot kohdat. Heikkojen kohtien pohjalta työryhmä laati toimintamallin kotiuttamiselle ja kotiuttamisen laatukriteerit. Työryhmä teki kotiuttamista helpottamaan kotiutumisen tarkistuslistan (liite 2). Tarkistuslistan tehtävä on toimia kotiuttamisen työvälineenä, josta voidaan tarkistaa, missä vaiheessa kotiuttamista ollaan ja mistä asioista on jo sovittu. Kotiuttamisen laatukriteerit jaettiin kaikkiin työyksiköihin ja niistä

tiedotettiin eri työyksiköiden työpaikkakokouksissa. (Valtonen, 1999, 8; 2000, 9.)

2.3 Laadun merkitys vanhusten kotiuttamisessa

Laatukriteerit tulisi määrittää asiakkaan näkökulmasta ottamalla huomioon heidän kokemukset. Potilaat ja asiakkaat haluavat nykyisin näyttää palveluiden tuottajien laadusta. Terveystieteiden työntekijöille on tärkeää saada palautetta työnsä laadusta, ja he haluavat työnsä olevan laadukasta. Työntekijät keräävät järjestelmällisesti tietoa oman työnsä laadusta, minkä toteuttaminen edellyttää laadunhallintajärjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000 – 2003 vanhustenhuolto oli yksi kohde, jolle valtioneuvosto edellytti laatusuosituksen valmistelua. Ohjelmassa veloitettiin Stakes ja Kuntaliitto tukemaan toiminnan tuloksellisuuden arviointia ja sen saamista osaksi hoito- ja palveluyksiköiden normaalia toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat laativat yhdessä laatukriteerit ja hyväksyivät ne. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan pohjana on laadunhallinta. Laadun arvioinnissa seurataan toteutuvatko toimintaan laaditut tavoitteet. Tällä tavoin voidaan käytössä olevat voimavarat suunnata oikeisiin kohteisiin. Laadun seuranta voidaan pitää eräänä oppimisen menetelmänä. (Idänpää - Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä, 2000, 8 -17.)

Terveystieteiden palvelujen laadun ja vaikuttavuuden perusedellytyksiä ovat henkilöstön hyvä ammattitaito, hyvinvointi ja työhön sitoutuminen. Tulevaisuudessa korostuu entistä enemmän erikoisosaaminen, koska asiakkaiden tarpeet ja ongelmat, työmenetelmät ja toimintaympäristöt edellyttävät sitä. Terveystieteiden toimintaa pitäisi kehittää jatkuvasti, mutta kehittämiselle voi olla esteitä kuten työvoiman vähyys ja henkilöstön heikko motivoituminen työhön. Ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta on tärkein osatekijä iäkkäiden ihmisten hoidossa ja palvelussa. Henkilöstön koulutusta on käytetty yhtenä kehittämiskeinona, ja nykyään erilaisia koulutuksia on paljon tarjolla. Koulutuksen vaikuttavuutta ja hyötyä pitäisi

seurata tai arvioida. Ammattitaito ei säily ilman jatkuvaa oppimista ja päivitetyn tiedon avulla ammattihenkilö voi tarkastella omaa työtään kriittisestä näkökulmasta. Hyvän hoitajan toiminnassa heijastuu ikääntyneen ihmisen mahdollisuus saavuttaa oma terveytensä ja säilyttää se. Määrätietoisella opastamisella ja tukemisella saavutetaan ihmisen sitoutuminen oman terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Ammattihenkilön on helppo vakuuttaa ikääntyneelle omatoimisuuden yhteys toimintakyvyn säilymiseen ja elämänlaatuun. (Ristikko, 2001, 143 – 149; Routasalo, 2002, 115 – 117.)

Kilpeläinen (2003, 47 – 48) toteaa tutkimuksessaan, että ikääntyneiden hoidossa hoitajilta vaaditaan taitoa hoitaa, ymmärtää ikääntyneiden erityispiirteitä ja terveyden edistämisen osaamista. Moniammatillinen yhteistyö oli vanhuksen itsenäistä selviytymistä tukevaa ja vanhuksen kuntoutumista edistävää. Bagge (2004, 1 -7) on todennut, että kuntoutussuunnitelman avulla voidaan parantaa kuntouttavaa työtettä ja tehokkuutta moniammatilliseen työotteeseen. Kuntoutussuunnitelma pitäisi laatia heti potilaan saavuttua osastolle hoitoon. Kuntoutuksen perustana on potilaan kokonaisvaltainen kuntoutus. Ikääntyneen omatoimisuutta ja itsenäisyyttä lisätään ja parannetaan oman elämän hallintaa kuntouttavalla hoitotyöllä.

Ikääntyneen ihmisen hoidon periaatteet eivät poikkeakaan nuoremman ihmisen hoidon periaatteista. Sundmanin (2005, 610 – 611) mukaan potilaslain perusteella ikääntynyt ihminen voi päättää itseään koskevista asioista ja laki tukee hyvää lääketieteellistä hoitoa. Parannettavissa olevat sairaudet hoidetaan niin hyvin kuin mahdollista. Jos paranemista ei tapahdu, niin panostetaan jäljellä olevaan elämään ja suurimpaan mahdolliseen toimintakykyyn. Omatoimisuutta tuetaan kaikin keinoin ja omatoimisuuden vähetessä lisätään avun laajuutta ja tiheyttä. Hyvän hoidon perustana on moniammatillinen työryhmä ja keskeisintä on pyrkiä täsmällisiin tautidiagnooseihin, jonka avulla kyetään selittämään ikääntyneen toimintakyvyn tila, havaitut oireet ja muut löydökset. Keskeistä on myös arvioida ikääntyneen terveydentilaan suhteessa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja sosiaaliseen verkostoon. Näiden tietojen avulla moniammatillinen työryhmä kykenee hoitamaan ja tukemaan ikääntynyttä ihmistä. (Finne – Soveri, 2002, 65 - 69.)

Savolainen (2003, 30 – 48) on todennut, että erilaiset tilannetekijät vaikuttavat kuinka tyytyväinen potilas on hoitoon. Näitä tilannetekijöitä olivat muun muassa kiireetön, turvallinen ja empaattinen, vuorovaikutuksellinen hoito, aktiivinen huomiointi, toivoa ylläpitävä, ammattitaitoinen toiminta ja asiallinen kohtelu. Potilas on oman elämänsä paras asiantuntija ja omien voimavarojensa tunnistaja sekä tulevaisuuteen suuntautuva. Hoitoon tyytyväisyyttä lisäsi myös riittävä tiedon saanti ja virikkeellinen toiminta viihtyisissä tiloissa. Hoitoon tyytyväisyyttä lisäävistä taustatekijöistä voidaan mainita kotona tehtävät muutostyöt, hoito-organisaation toimivuus ja potilaan omat lähtökohdat eli hyvä elämäntilanne, oma arvojärjestys ja yhteydet ulkoiseen maailmaan. Hoitoon tyytyväisyyttä vähentäviä tekijöitä olivat esimerkiksi huomiotta jättäminen, epäpätevä toiminta ja epäasiallinen toiminta. Lisäksi hoitoon tyytyväisyyttä vähentävät potilaan itsenäisyyden menetys, puutteellinen hoitoympäristö, hoito-organisaation puutteellinen toiminta ja ennako-odotusten alittuminen.

Ikääntyneen ihmisen hoitamisessa on otettava huomioon hänen voimavaransa. Ikääntymisestä, sairauksista ja toimintakyvyn vajavuuksista huolimatta olisi mahdollista elää toimintakykyisenä ja hyvinvoivana. Ikäihmisen jäljellä olevat voimavarat perustuvat elettyyn elämään. Ikonen (2001, 43) on todennut, että kun hoitaja tuntee potilaan elämänhistoriaa ja terveyttä ylläpitäviä voimavaroja niin nämä luovat potilassuhteeseen jatkuvuutta. Jatkuvuudella ja potilaan tuntemuksilla on merkitystä potilaan kotiutustilanteessa. Hoidon jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää aloittaa keskustelu potilaan kanssa kotona pärjäämisestä ja siellä tehtävistä muutoksista hoidon varhaisessa vaiheessa. Hoitotyö vaatii ongelmanratkaisutaitoja, koska ikääntyneen voimavarat eivät ole aina selkeästi tunnistettavissa. Näitä taitoja tarvitaan piilossa olevien voimavarojen löytämiseen ja tukemiseen. Ikääntyneen oma kokemus terveydestään ja hyvinvoinnistaan on tärkeää ikäihmisen hoitotyön tavoitteissa. Hoitotyö käytännössä on ehkäisevää, hoitavaa ja oireidenmukaista. Hoitotyön auttamismenetelmien tulee perustua näyttöön eli tutkittuun tietoon. Hoitotyö on tavoitteellista voimavarojen tukemista ja avuntarpeisiin vastaamista. Hoitotyön lähtökohtana on ihmisen elämänhistoria ja siihen kytkeytyvät yksilölliset voimavarat. Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa ikääntyneen hyvän hoidon. Se on näkemys ammattitaitoisesta ja asiakaslähtöisestä toiminnasta. (Backman ym. 2002, 71 – 74.)

2.4 Hyvä kotiuttaminen hoitotyön laadun takeena

Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää ajoissa suunniteltu kotiuttaminen.

Kotiuttamistilanteessa sairaalan ja kotihoidon yhteistyö ja osaaminen joutuu tarkastelun kohteeksi päivittäin. Kansanterveyslain mukaan päätöksen potilaan ottamisesta sairaalaan ja sairaalasta pois pääsystä tekee lääkäri. Vanhusten hoidossa kotiuttamisen aikaistuminen, huonokuntoisten, sairaiden ja toimintakyvyltään heikentyneiden vanhusten hoito on lisännyt hoitamisen vaativuutta, ammatillista osaamista ja työvoiman tarvetta hoitohenkilöstölle. Vuodeosastojen henkilökunnan tulee vastata potilaiden kotikuntoisuudesta, millä voidaan turvata potilaan selviytyminen kotihoidossa. Usein terveyskeskusten vuodeosastoilla ei ole omaa sosiaalityöntekijää, jolloin sosiaalityöntekijän tehtävät jäävät myös omahoitajan tehtäviksi. Omahoitajana voi toimia sairaanhoitaja, perus- tai lähihoitaja. Omahoitaja joutuu usein opastamaan ja auttamaan etuuksien esimerkiksi hoitotuen hakemisessa. Joskus omahoitaja joutuu järjestämään potilaalle sopivamman asunnon ja jopa auttamaan sen asumiskuntoon laittamisessa. Kotiuttamiseen liittyy paljon erilaisten asioiden järjestämistä ja huomioimista, jolloin avohoidon kanssa tehtävä yhteistyö tulee erityisen tärkeäksi. Vanhusten yhtenä perusoikeutena on käyttää itsemääräämisoikeutta päätöksen teossa. Itsemääräämisoikeutta tulee toteuttaa vanhuksien kotiuttamisen yhteydessä, jos se vanhuksen sairauksien ja toimintakyvyn puitteissa on mahdollista. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumista saattaa vaikeuttaa esimerkiksi muistin heikkeneminen. Muistin heikkeneminen saattaa johtaa myös tapaturmariskien lisääntymiseen. Omaiset voivat vastustaa vanhusten kotona asumista ja pakottaa vanhukset tyytymään omaisten toiveeseen. (Räihä, 2000, 1; Valtonen, 2000, 7 - 9.)

Kotiutuksen tehokasta suunnittelua kuvaa hyvän kotiuttamisen prosessi. Bull & Roberts (2001) ovat tutkineet hyvän kotiuttamisen prosessia. Tutkimus perustuu erään Lontoolaisen geriatriksen kuntoutussairaalan ja paikallisten avohoidossa työskentelevien hoitajien, kahden potilaan ja yhden omaisen haastatteluihin. Hyvän kotiuttamisen taustalla on moniammatillinen tiimi. Kotiuttamisprosessi sisältää neljä vaihetta ja kolme kommunikaatiokehää. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu

potilaaseen tutustuminen, kommunikaatio potilaan, hoitajan ja tiimin välillä. Potilaan näkemykset otetaan huomioon ja hänelle luodaan tunne hänen hyvinvointinsa välittämisestä. Toisessa vaiheessa kotiutumispäivästä laaditaan alustava suunnitelma, jossa korostuu kommunikaatio potilaan, omaisen ja tiimin välillä. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen edistävät erityisesti iäkkään ihmisen kotiuttamisen onnistumista ja laadukkaan elämän edellytyksiä. Kolmanteen vaiheeseen kuuluu valmistautuminen kotiutumiseen, tällöin tärkeää on kommunikaatio hoidonantajatiimin ja kotihoidon välillä. Kotiuttamisen tulee olla realistista, joka edellyttää potilaan toimintakyvyn realistista arviointia. Neljänteen vaiheeseen kuuluu kotiutuminen, ja kommunikaatiosuhteen luominen kotihoidon hoitajien kanssa. Tärkeää on luoda potilaalle tukiverkostoja. Esteinä hyvälle kotiuttamiselle voivat olla jatkohoidon järjestämisen vaikeus, joka voi johtua palvelujärjestelmän ylikuormittumisesta ja resurssien puutteesta, hoitajien vaihtuvuudesta, kommunikaatio- ja tiedonkulku ongelmista sekä potilaan ja omaisen vaikeudesta tehdä päätöksiä. Sairaalan ja kotihoidon henkilöstön on tärkeää arvostaa ja tukea toistensa tekemää työtä sekä päätöksiä. (Valtonen, 2000, 9; Koponen, 2003, 20 – 21; Gröönroos & Perälä, 2006, 29.)

Hoitotyöntekijöiden toiminnassa on otettava huomioon iäkkään ihmisen uudelleen sairaalaan joutumisen riskitekijät. Kotiutumisen epäonnistumiseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla hoitajien virheellinen käsitys potilaan ja omaisten elämäntilanteesta ja avun tarpeesta, potilaan ja omaisten osallistumattomuus hoitoon, puutteellinen kommunikointi, puutteellinen tiedonkulku kotihoidon ja sairaalan välillä, epäselväksi jäänyt vastuunjako sekä huonosti suunniteltu iäkkään ihmisen hoito. Kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavat huolellinen toimintakyvyn arviointi, jatkohoidon järjestäminen, yksilöllinen kotiutuksen suunnittelu, kotiutumisen onnistumisen seuranta, kotiutuvan hoidon ja tiedon saannin jatkuvuus, potilaan oma tunne selviytymisestä kotona sekä yhteistyö sairaalan ja kotihoidon hoitajien välillä. Sairaalan ja kotihoidon välistä yhteistyötä ja kotiutumisprosessin toteuttamista vaikeuttavat jatkuvasti lyhenevät sairaalassa olo ajat. (Koponen, 2003, 21.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Asikkalan kunnan kotiuttamisen laatuksien toteutumista käytännön hoitotyössä potilaan kotiutuessa vuodeosastolta kotihoitoon. Tarkoituksena oli selvittää miten Lasso-projektissa laatutyönä laaditut kotiuttamisen laatuksien toteutuivat tutkimushetkellä kotiuttamistilanteissa. Tämän tutkimuksen tavoite oli ohjata työyhteisöjä onnistuneisiin kotiuttamisiin ja muistuttaa käyttämään kotiuttamisen laatuksien käytännön hoitotyössä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten laatuksien toteutuvat?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat kotiuttamisen onnistumiseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen toteuttamisella tarkoitetaan käytännön toteuttamista tutkimussuunnitelmassa sovitulla tavalla käytännön. Tutkimuksen toteuttamiseen kuuluvat tutkimusaineiston hankinta, tutkimusaineiston luokittelu tai ryhmittely, tutkimusaineiston analyysi ja tulkinta teorian, viitekehysten sekä ammatillisten käsitteiden avulla ja tutkimustulosten, johtopäätösten sekä kehittämisehdotusten esittäminen. (Vilka, 2005, 61.)

4.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä

Tähän tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä, koska se sopii meidän mielestä parhaiten mittaamaan laatuksien toteutumista. Tulos voitiin ilmoittaa prosentti luvuin ja esittää kuvioiden avulla. Tutkimukselle oli

tärkeämpää yleistettävän tiedon saanti kuin vastaajien yksittäiset mielipiteet.

Tutkimusmenetelmä antoi vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin.

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä voitiin hyödyntää laajempaa otosta kuin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Vilkan (2007, 14) mukaan kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä tietoa tarkastellaan numeerisesti. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein.

Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aikaisemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja aikaisemmat teorit. Tutkimuksen havaintoaineiston on sovelluttava numeeriseen mittaamiseen, joten tässä tutkimustavassa aineisto voidaan käsitellä taulukkomuodossa sekä tilastollisesti. Tulosta pystytään kuvaamaan prosenttilukujen avulla ja tuloksien merkittävyyttä testaamaan tilastollisesti. Sen avulla voidaan selvittää tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia, eri asioiden välisiä riippuvuuksia, prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä, mikä edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 131; Heikkilä, 2004, 16.)

4.2 Aineiston hankinta ja kohdejoukon kuvaus

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tavallisin aineiston keräämisen tapa on kyselylomake (liite 3). Siitä käytetään myös nimitystä postikysely, informoitu kysely tai joukkokysely. Kyselystä käytetään myös nimeä survey-tutkimus, jolloin kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioiminen tarkoittaa saman asiasisällön kysymistä kaikilta kyselyyn vastaavilta aivan samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2004, 182; Vilka, 2005, 73.)

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee kirjallisesti kysymykset ja vastaa niihin kirjallisesti. Kyselylomakkeella kerätty aineiston hankinta soveltuu erityisesti suurelle ja hajallaan olevalle joukolle vastaajia. Kyselylomakkeen etuna on vastaajan jääminen aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeen tavallisin riski on vastausprosentin jääminen pieneksi. (Vilka, 2005, 74.)

Tämän tutkimuksen aineiston hankintamenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jossa oli myös kaksi avointa kysymystä. Kyselylomake valittiin

aineiston keruuenetelmäksi, koska se soveltuu parhaiten laajalle ja hajallaan olevalle joukolle vastaajia. Kyselylomakkeella kysyttiin aluksi tutkittavien taustatiedot, jotka liittyivät ammattiin, toimipisteeseen, työkokemukseen ja työsuhteeseen. Toisessa osiossa esitimme Asikkalan kunnassa kotiuttamisen laatuksiteereiden pohjalta laadittuja väittämiä, joista vastaajat ympyröivät mielestään sopivimman mielipiteen. Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, jotka koskivat vastaajien tietoisuutta kotiuttamisen laatuksiteereistä ja vastaajien mielestä kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimus toteutettiin Asikkalan kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kotihoidossa syksyllä 2007. Kyselylomake esitettiin yhdellä vuodeosaston hoitajalla ja yhdellä kotihoidon hoitajalla. Asikkalan kunnan vuodeosastolle ja kotihoitoon henkilökunnan taukutiloihin vietiin kyselylomakkeet ja saatekirjeet (liite 4), joissa olivat yhteystietomme mahdollisia lisäkysymyksiä varten sekä suljetut palautuslaatikot kyselylomakkeille. Aikaa vastaajille annettiin kaksi viikkoa. Vastaajina olivat vakituksessa työsuhteessa olevat tai yli puoli vuotta määräaikaissessa työsuhteessa työskentelevät hoitajat ja lääkärit. Vastaajilta vaadittiin yli kuudenkuukauden työkokemus, koska alle puolen vuoden työkokemuksen perusteella ei voi tutkijoiden mielestä antaa luotettavaa vastausta kyselyyn. Kyselylomakkeeseen vastanneiden henkilöllisyyttä ei paljastettu ja vastaaminen tapahtui nimettömästi. Hoitajilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia.

4.3 Tutkimusaineiston analysointi

Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen ovat tutkimuksen ydinasia. Minkälaisia vastauksia ongelmiin tutkija saa, selviää tutkijalle analyysivaiheessa. Voi käydä myös niin, että tutkijalle selviää vasta analyysivaiheessa, miten ongelmat olisi pitänyt asettaa. Analyysitavan valinta ei määräydy automaattisesti jonkin säännön mukaan. Kuka tekee ja milloin tehdään kerätyn aineiston analyysi, ei ole aina selvää. Tutkimusten, joissa tietoa on kerätty strukturoiduilla lomakkeilla tai asteikkomittareilla analysointi on paras tehdä kun aineisto on kerätty ja järjestetty.

(Hirsjärvi ym. 2004, 209 - 211.)

Kyselylomakkeita veimme vuodeosastolle ja kotihoitoon yhteensä 60 kappaletta. Vastauksia saimme yhteensä 38 kappaletta, joten vastausprosentiksi saatiin 63,3 %. Mukana vastauksissa olivat myös kyselylomakkeen esitestanneiden henkilöiden vastaukset heidän suostumuksellaan. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS analyysi menetelmällä, jolloin pystyttiin laskemaan tulokset ja muuttamaan ne kuvioiksi sekä saamaan myös eri vastausten prosenttijakaumat. Hyödynsimme analyysiä tehdessämme Yli-Luoman (2000) kirjaa kvantitatiivisesta analyysimenetelmästä Windows - ohjelman avulla. Kysymällä vastaajien taustatietoja saatiin selville, onko vastaajia kaikista niistä ammattinimikkeistä tai työpisteistä, joilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn. Työkokemuksella oli myös merkitystä, sillä saatiin kuva minkä verran hoitohenkilökunta oli ollut työssä jo kun kotiuttamisen laatukriteerit laadittiin. Ensimmäinen avoin kysymys analysoitiin laskemalla yhteen eri vastaukset, joita olivat kyllä tai ei. Toiseen avoimeen kysymykseen vastaajat olivat vastanneet ranskalaisia viivoja apuna käyttäen. Kysymys analysoitiin ryhmittelemällä vastaukset, jonka jälkeen laskettiin yhteen samat vastaukset, täten saatiin enemmistön mielipiteet.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

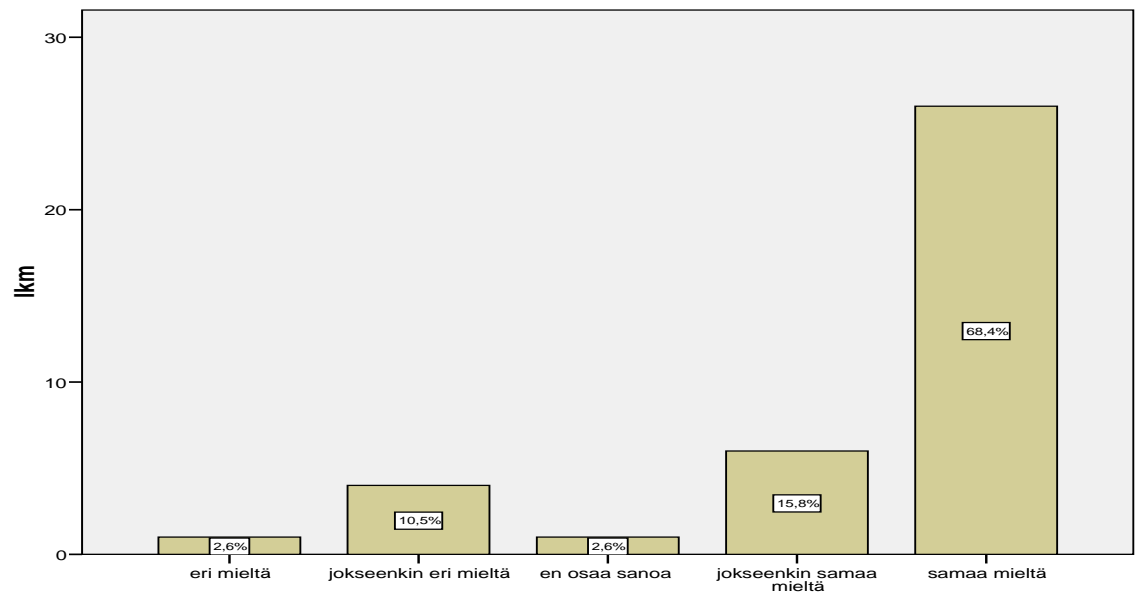
Kyselyyn vastanneista suurin osa eli 47,4 % oli ammatiltaan perus- tai lähihoitajia. Sairaanhoitajia vastaajista oli 44,7 % ja lääkäreitä vastanneista oli 7,9 %. (liite 5)

Suurin osa vastaajista eli 71,7 % työskenteli terveyskeskuksen vuodeosastolla ja vastaajista 28,9 % työskenteli kotihoidossa. Suurimmalla osalla vastaajista oli työkokemusta 2 – 4 vuotta (31,8 %) ja samoin myös 31,8 % ilmoitti työkokemusta olevan 11 – 20 vuotta. Työkokemusta 5 – 10 vuotta ilmoitti olevan 23,7 % ja vastaajista 7,9 % ilmoitti työkokemusta olevan yli 20 vuotta.

Vastaajista 5,3 % oli työskennellyt alle yhden vuoden. Vastaajista suurin osa 84,2 % työskentelee vakituksessa työsuhteessa ja 15,8 % työskentelee määräaikaaisessa työsuhteessa. (liite 5)

Seuraavassa esitämme kyselyn väitteet ja niiden vastausjakaumat. Käsittelemme vastaukset tilastollisesti, koska tämä on kvantitatiivinen tutkimus.

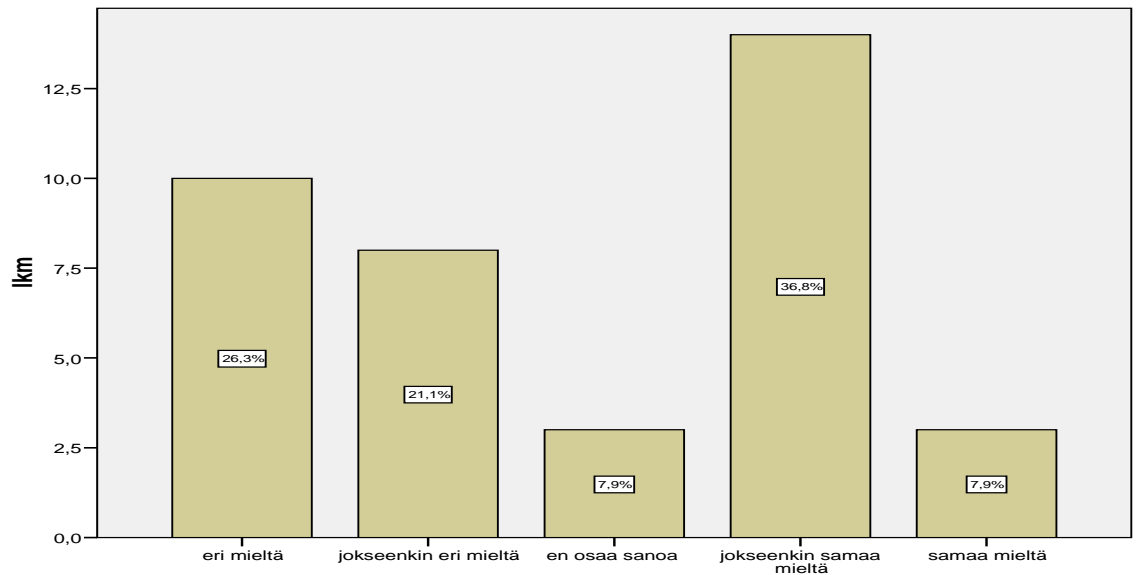
5.2 Laatuksiteerien toteutuminen



Kuvio 5. Kotiutuksesta päättää aina lääkäri

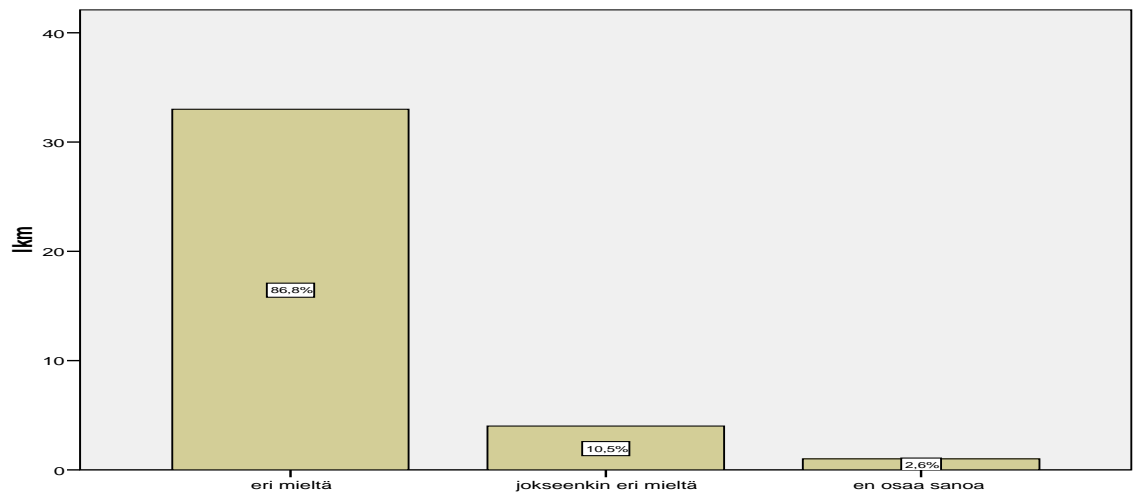
Vastaajista suurimman osan (84,2 %) mielestä kotiutuksesta päättää aina lääkäri. 64,5 % ilmoitti olevansa samaa mieltä siitä, että kotiutuksesta päättää aina lääkäri ja jokseenkin samaa mieltä lääkärin kotiutuksesta päättämisestä oli 15,8 %. Vastaajista 10,5 % ilmoitti olevansa jokseenkin eri mieltä siitä, että lääkäri aina päättää

kotiuttamisesta ja vastaajista 2,6 % oli eri mieltä lääkärin päättämisestä kotiutuksessa ja 2,6 % ei osannut sanoa mielipidettään. (kuvio 5)



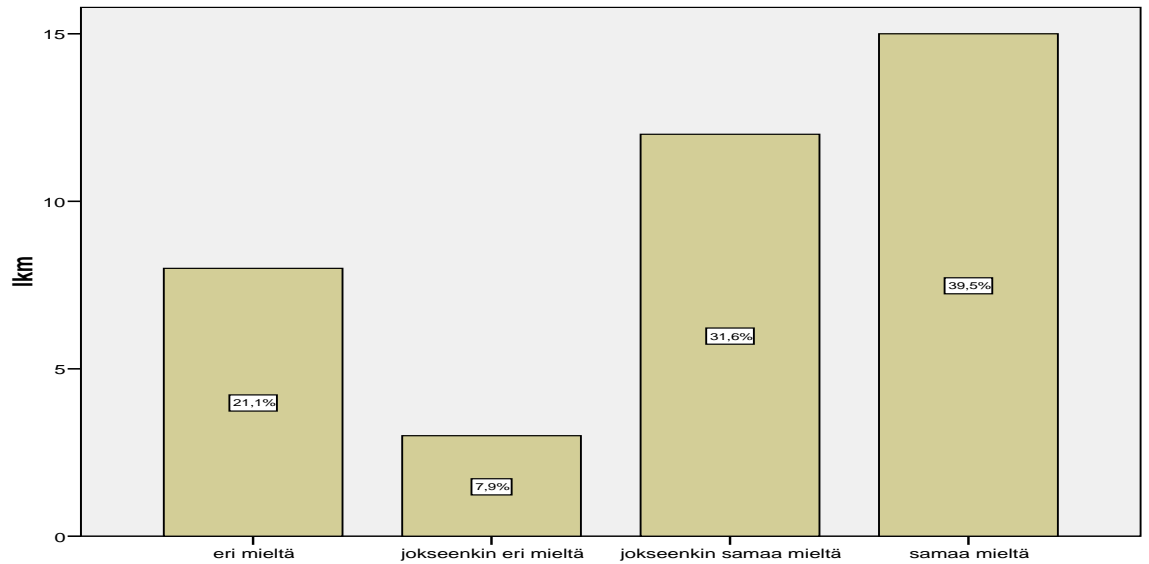
Kuvio 6. Potilaan siirto tapahtuu aina lounaan jälkeen

Yli puolet vastaajista (44,7 %) oli sitä mieltä, että potilaan siirto voi tapahtua lounaan jälkeen. Vastaajista 36,8 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämästä, että potilaan siirto tapahtuu aina lounaan jälkeen. 26,3 % vastaajista ilmoitti olevansa eri mieltä aina lounaan jälkeen tapahtuvasta potilaan siirrosta ja 21,1 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä potilaan siirtämisestä aina lounaan jälkeen. Vastaajista oli 7,9 % samaa mieltä potilaan siirron tapahtuvan aina lounaan jälkeen. 7,9 % tutkimukseen osallistuneista eivät osanneet sanoa mielipidettään. (kuvio 6)



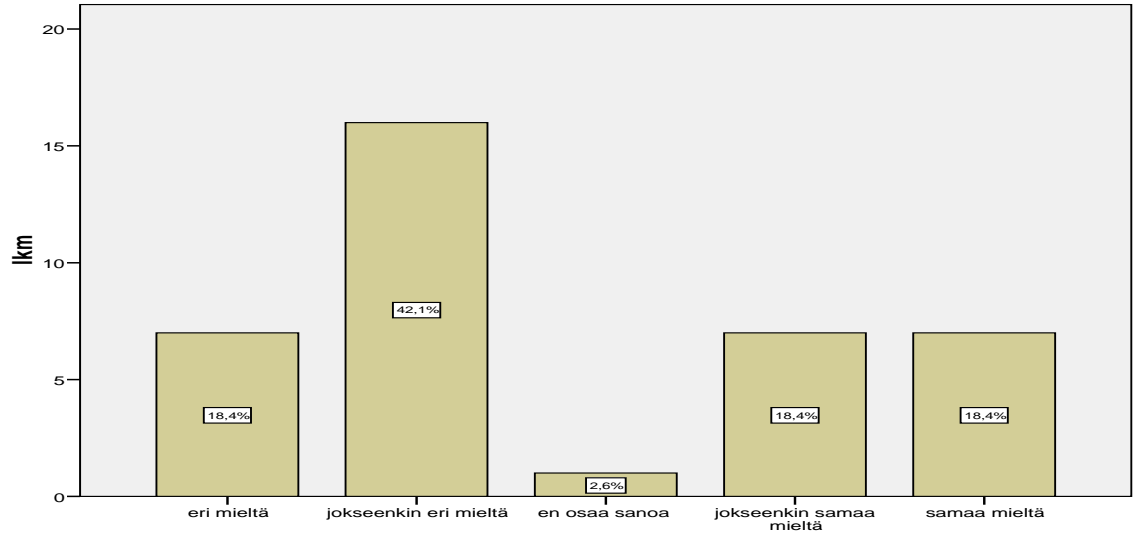
Kuvio 7. Potilaan siirtoa ei tarvitse ennakoida

Vastaajista suurin osa (86,8 %) oli eri mieltä siinä, että potilaan siirtoa ei tarvitse ennakoida. Vastanneista 10,5 % jokseenkin eri mieltä, että potilaan siirtoa ei tarvitse ennakoida. Vastaajista 2,6 % ei osannut sanoa mielipidettään. (kuvio 7)



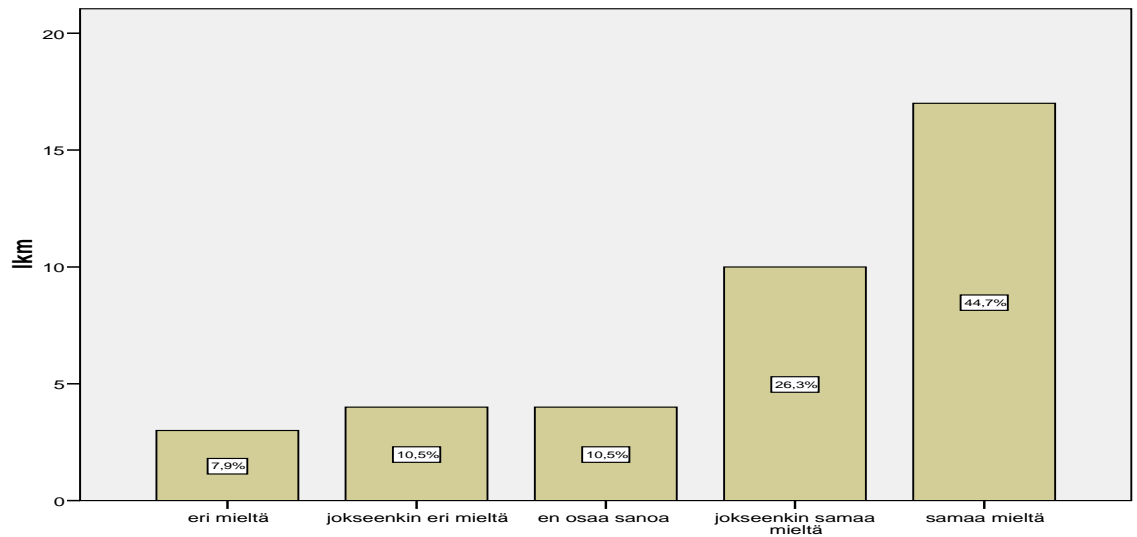
Kuvio 8. Potilaita voidaan kotiuttaa myös perjantaina

Pääsääntöisesti vastaajien mielestä potilaita voidaan kotiuttaa myös perjantaisin. 39,5 % vastaajista oli samaa mieltä, että myös perjantai voi olla kotiutuspäivä ja perjantaina tapahtuvasta kotiutuksesta oli jokseenkin samaa mieltä 31,8 %. Tutkimukseen osallistuneista 21,1 % oli eri mieltä, että kotiuttaminen voi tapahtua myös perjantaisin. Vastaajista jokseenkin eri mieltä perjantaina tapahtuvasta kotiuttamisesta oli 7,9 %.(kuvio 8)



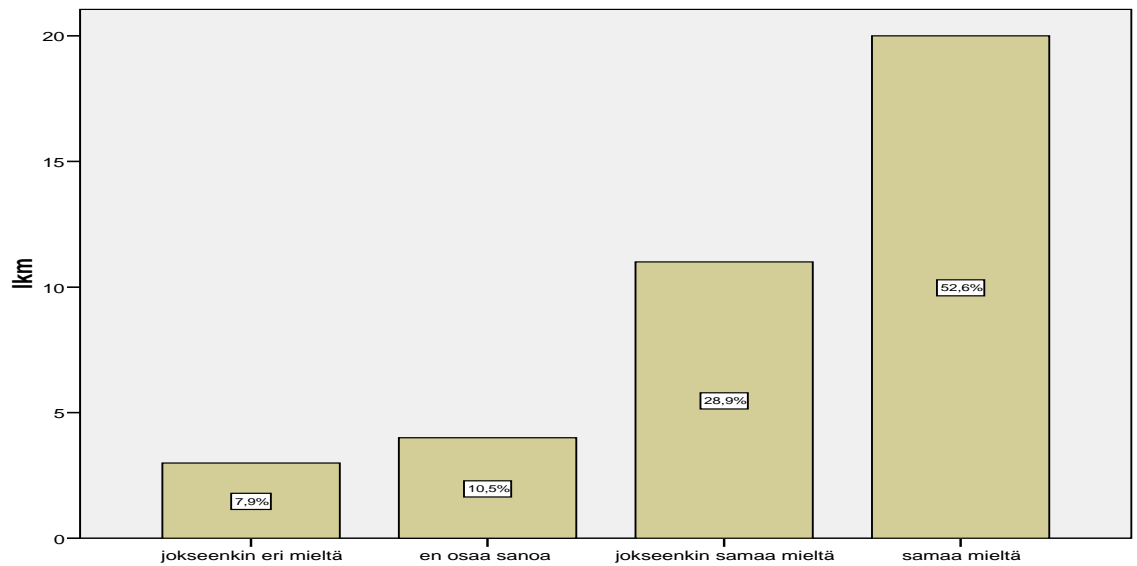
Kuvio 9. Kotiuttamispalaveri järjestetään aina ennen kotiuttamista

Tutkimukseen osallistuneista 42,1 % oli jokseenkin eri mieltä kotiuttamispalaverin järjestämisestä aina ennen kotiuttamista. Vastaajista oli 18,4 % eri mieltä aina ennen kotiuttamista järjestettävästä kotiuttamispalaverista ja myös 18,4 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, että kotiuttamispalaveri järjestetään aina ennen kotiuttamista. 18,4 % oli samaa mieltä kotiuttamispalaverin järjestämisestä aina ennen kotiuttamista. Vastaajista 2,6 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (kuvio 9)



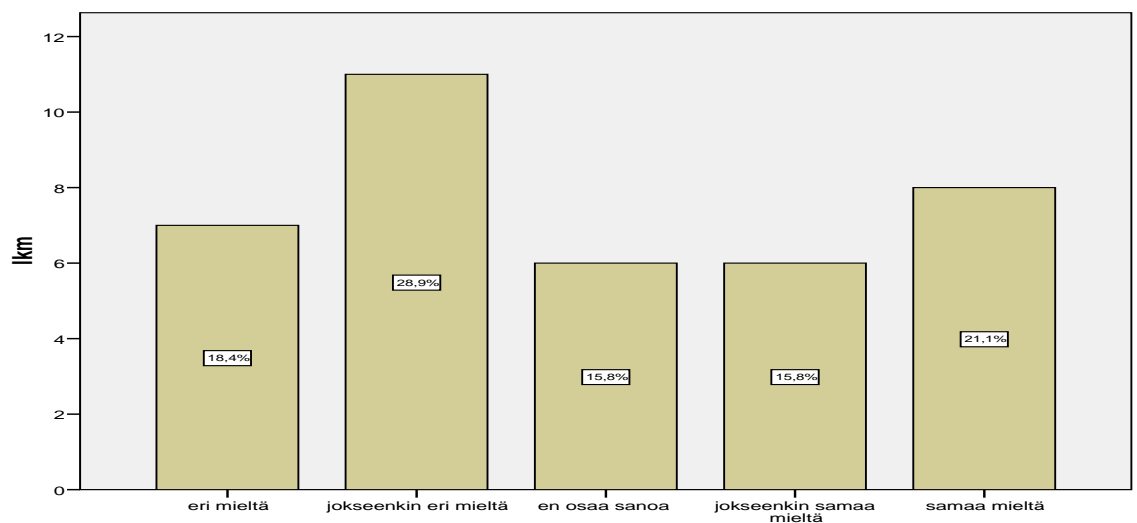
Kuvio 10. Koekotiutus tehdään, jos ei olla varmoja potilaan selviytymisestä kotona

Pääsääntöisesti vastaajien mielestä koekotiutus tehdään jos ei olla varmoja potilaan selviytymisestä kotona. Vastaajista samaa mieltä oli 44,7 % koekotiutuksen järjestämisestä, jos potilaan selviytyminen kotona on epävarmaa. Tutkimukseen osallistuneista 26,3 % oli jokseenkin samaa mieltä, että koekotiutus tehdään, jollei olla varmoja potilaan selviytymisestä kotona. 10,5 % vastaajista ilmoitti olevansa jokseenkin eri mieltä koekotiuttamisesta ja myös 10,5 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. 7,9 % kyselyyn osallistuneista ilmoitti olevansa eri mieltä tehdäänkö koekotiutus, jos ei olla varmoja potilaan selviytymisestä kotona. (kuvio10)



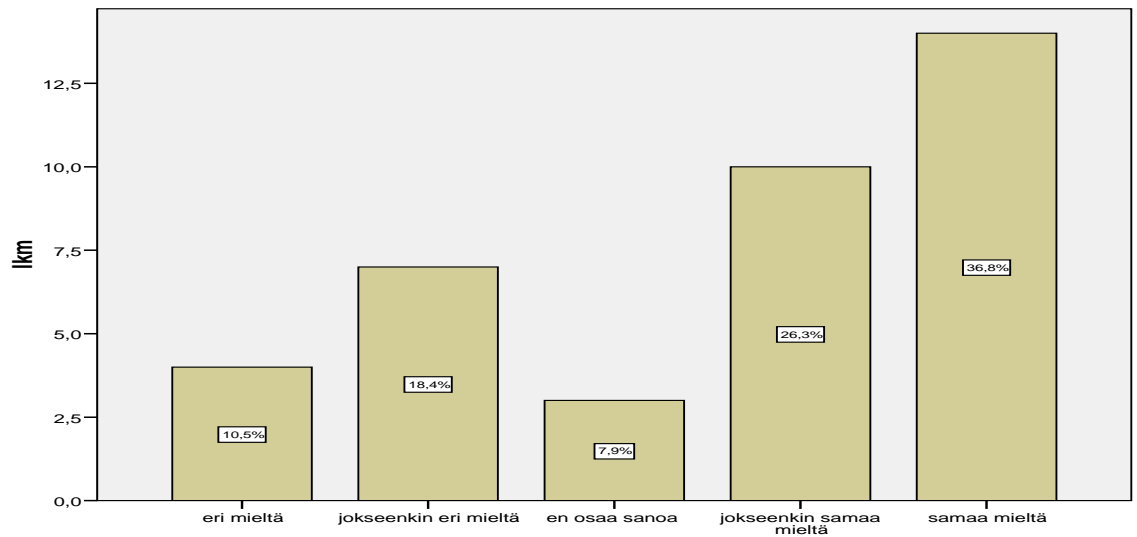
Kuvio 11. Ensimmäisien päivien aikana järjestetään riittävästi kotihoidon käyntejä, joilla turvataan kotiuttamisen onnistuminen

Yli puolet vastaajista 52,6 % oli samaa mieltä, että ensimmäisten päivien aikana on järjestettävä riittävästi kotihoidon käyntejä kotiuttamisen turvaamiseksi. Vastaajista 28,9 % oli jokseenkin samaa mieltä, että kotiuttamisen onnistuminen turvataan ensimmäisien päivien aikana riittävillä kotihoidon käynneillä. Vastaajista 10,5 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta ja eri mieltä oli 7,9 %. (kuvio 11)



Kuvio 12. Vuodeosastolta kotiutuvalle ei nimetä yhdyshenkilöä

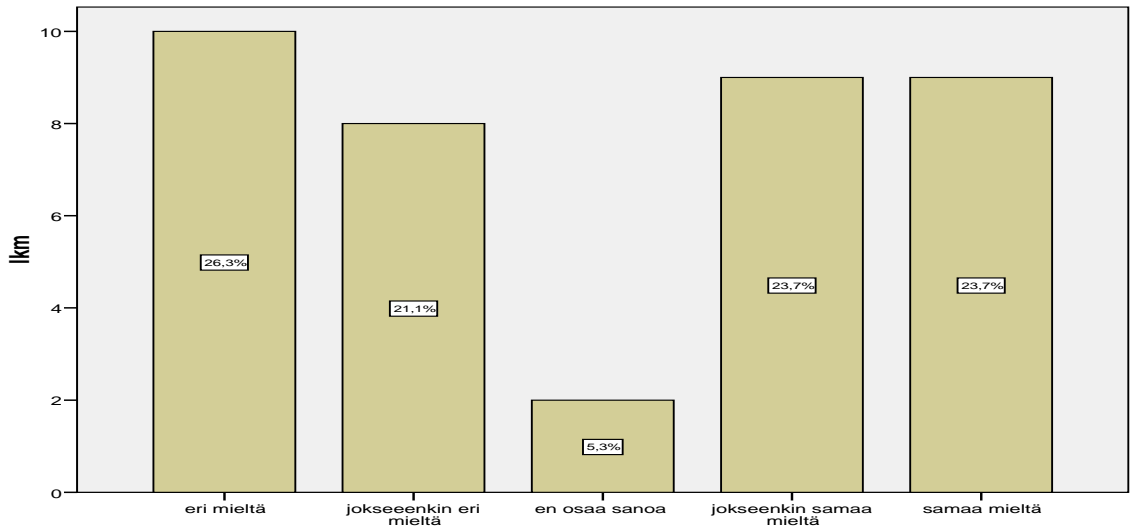
Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 28,9 % ettei vuodeosastolta kotiutuvalle nimetä yhdyshenkilöä. 21,1 % vastaajista oli samaa mieltä, että yhdyshenkilöä ei nimetä vuodeosastolta kotiutuvalle. Tutkimukseen osallistuneista 18,4 % oli eri mieltä yhdyshenkilön nimeämisestä vuodeosastolta kotiutuvalle. Vastanneista 15,8 % ilmoitti olevansa jokseenkin samaa mieltä, ettei vuodeosastolta kotiutuvalle tarvitse nimetä yhdyshenkilöä ja myös vastanneista 15,8 % ei osannut sanoa, tarvitseeko vuodeosastolta kotiutuvalle nimetä yhdyshenkilö. (kuvio 12)



Kuvio 13. Uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu aina vuodeosastolla ennen kotiuttamista

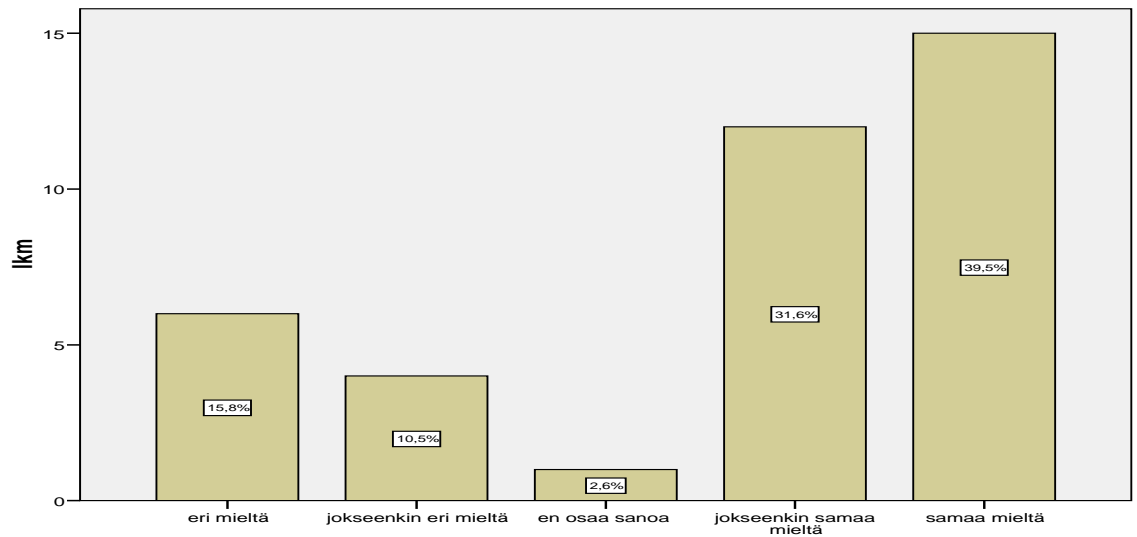
Pääsääntöisesti vastaajien mielestä uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu aina vuodeosastolta ennen kotiuttamista. 36,8 % vastaajista oli samaa mieltä, että uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu vuodeosastolla aina ennen kotiuttamista. Kyselyyn osallistuneista 26,3 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että ennen kotiuttamista uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu aina vuodeosastolla. Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 18,4 % uusien lääkkeiden aloituksesta ja seurannasta vuodeosastolla ennen kotiuttamista ja 10,5 % oli eri mieltä

vuodeosastolla tapahtuvasta uusien lääkkeiden aloituksesta ja seurannasta ennen kotiuttamista. Vastaajista 7,9 % ei osannut ilmaista kantaansa asiaan. (kuvio 13)



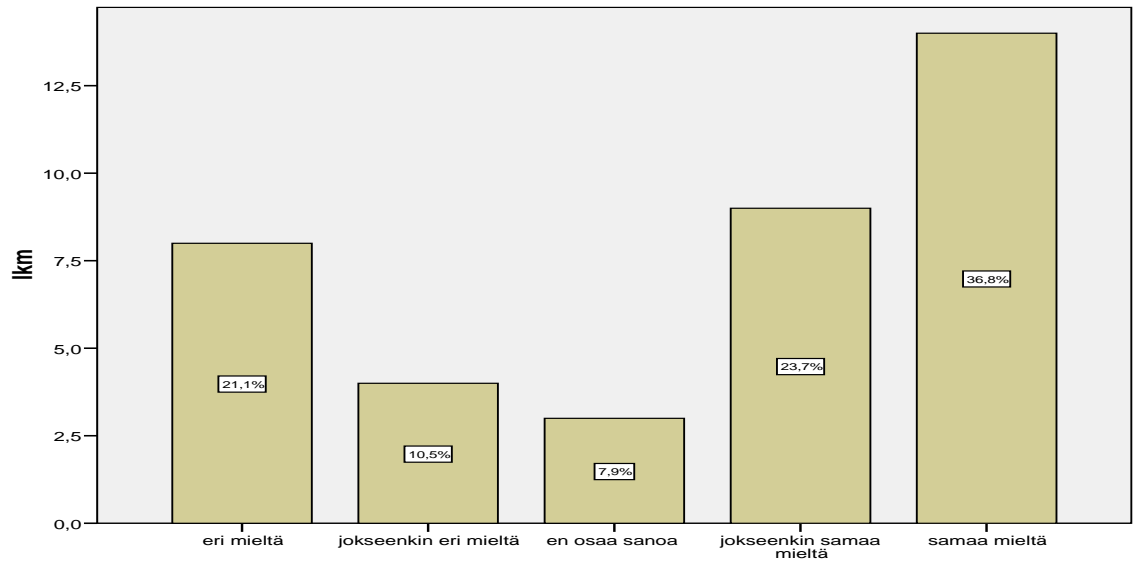
Kuvio 14. Toimintakyky arvio ja muistitesti tehdään aina ennen kotiuttamista

Vastaajista 26,3 % oli eri mieltä toimintakykyarvion ja muistitestin tekemisestä aina ennen kotiuttamista. 23,7 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, että aina ennen kotiuttamista tehdään toimintakyky arvio ja muistitesti. Myös 23,7 % oli samaa mieltä toimintakyky arvion ja muistitestin tekemisestä ennen kotiuttamista. Kyselyyn vastaajista oli 21,1 % jokseenkin eri mieltä ennen kotiuttamista tehtävästä toimintakyky arviosta ja muistitestistä. Vastanneista 5,3 % ei osannut ilmaista mielipidettään. (kuvio 14)



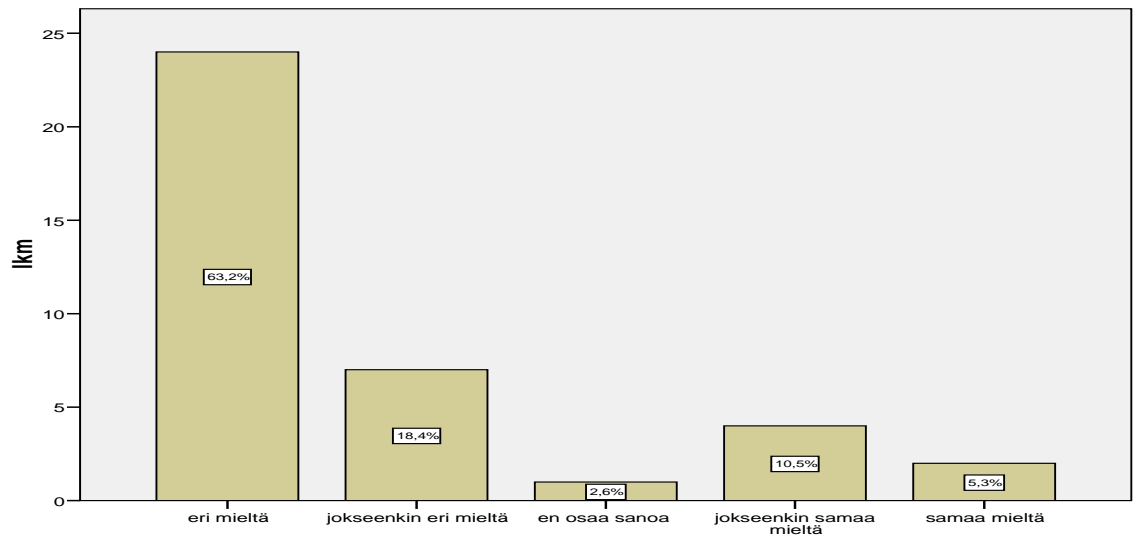
Kuvio 15. Omahoitaja ja / tai fysioterapeutti on tehnyt kotikäynnin potilaan kotona kartoittamassa muutostöiden ja apuvälineiden tarpeen ennen kotiuttamista

Pääsääntöisesti vastaajien mielestä omahoitaja ja / tai fysioterapeutti on tehnyt kartoituskäynnin potilaan kotona muutostöiden ja apuvälineiden tarpeesta ennen kotiuttamista. Vastaajista samaa mieltä oli 39,5 % ennen kotiuttamista tapahtuvasta omahoitajan ja / tai fysioterapeutin tekemästä kotikäynnistä potilaan kotona muutostöiden ja apuvälineiden tarpeesta. Kyselyyn osallistuneista 31,8 % oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaan luona tehdään kotikäynti omahoitajan ja / tai fysioterapeutin toimesta ennen kotiuttamista kartoittamassa muutostöiden ja apuvälineiden tarve. 15,8 % vastaajista oli eri mieltä omahoitajan ja / tai fysioterapeutin tekemästä kotikäynnistä potilaan kotona ennen kotiuttamista kartoittamassa muutostyöt ja apuvälineet. Vastaajista 10,5 % oli jokseenkin eri mieltä muutostöiden ja apuvälineiden kartoittamisesta ennen kotiuttamista potilaan kotona omahoitajan ja / tai fysioterapeutin toimesta. Vastaajista 2,6 % ei osannut ilmaista mielipidettään. (kuvio 15)



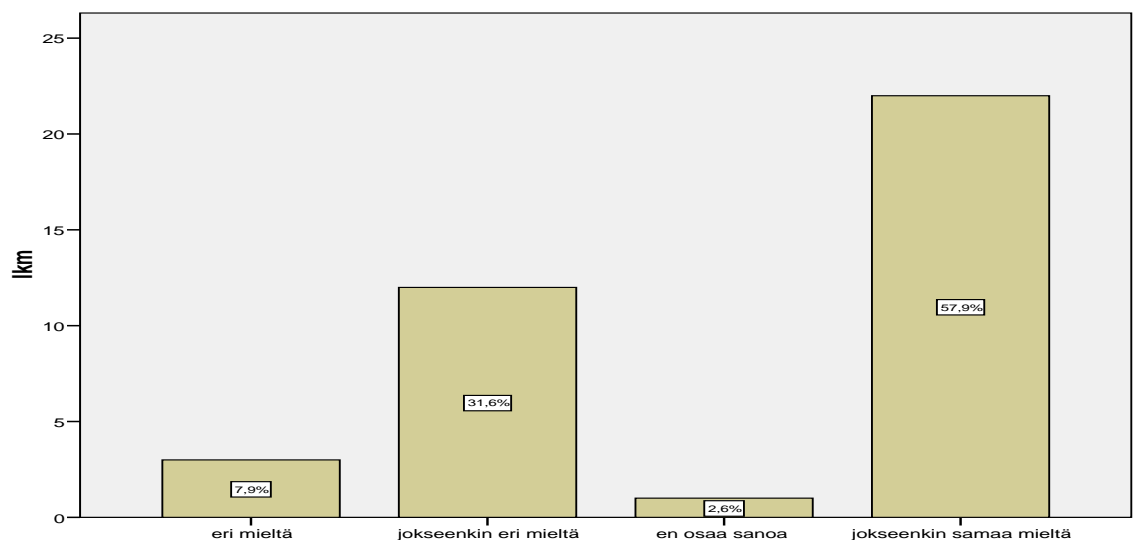
Kuvio 16. Asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat aina valmiina potilaan kotiutuessa

Vastaajista suurimman osan mielestä asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat valmiina potilaan kotiutuessa. 36,8 % vastaajista oli samaa mieltä asunnon muutostöiden ja apuvälineiden valmiudesta potilaan kotiutuessa. Tutkimukseen osallistuneista 23,7 % oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaan kotiutuessa asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat valmiina. Vastaajista eri mieltä oli 21,1 % asunnon muutostöiden ja apuvälineiden valmiudesta potilaan kotiutuessa. 15,5 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä, että potilaan asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat valmiina kotiutuessa. Vastaajista 7,9 % ei osannut sanoa mielipidettään. (kuvio 16)



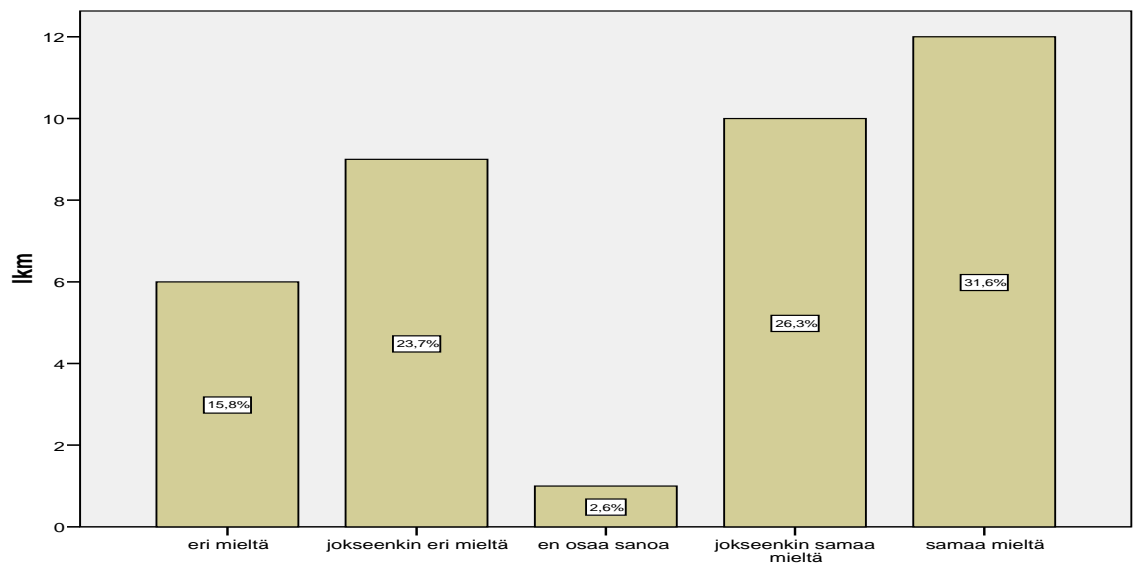
Kuvio 17. Hoitotyönlähetettä ei tarvitse aina lähettää kotihoidon sairaanhoitajalle

Yli puolet 63,2 % vastaajista oli eri mieltä, ettei kotihoidon sairaanhoitajalle tarvitse aina lähettää hoitotyönlähetettä. Vastaajista 18,4 % oli jokseenkin eri mieltä, että hoitotyönlähetettä ei tarvitse aina lähettää kotihoidon sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastanneista 10,5 % oli jokseenkin samaa mieltä, että kotihoidon sairaanhoitajalle ei tarvitse lähettää aina hoitotyönlähetettä. 5,3 % kyselyyn vastaajista ilmoitti olevansa samaa mieltä, ettei hoitotyönlähetettä tarvitse aina lähettää kotihoidon sairaanhoitajalle. Vastaajista 2,6 % ei osannut ilmaista kantaansa. (kuviio 17)



Kuvio 18. Epikriisi sairaalassaoloajasta on valmis potilaan kotiutuessa

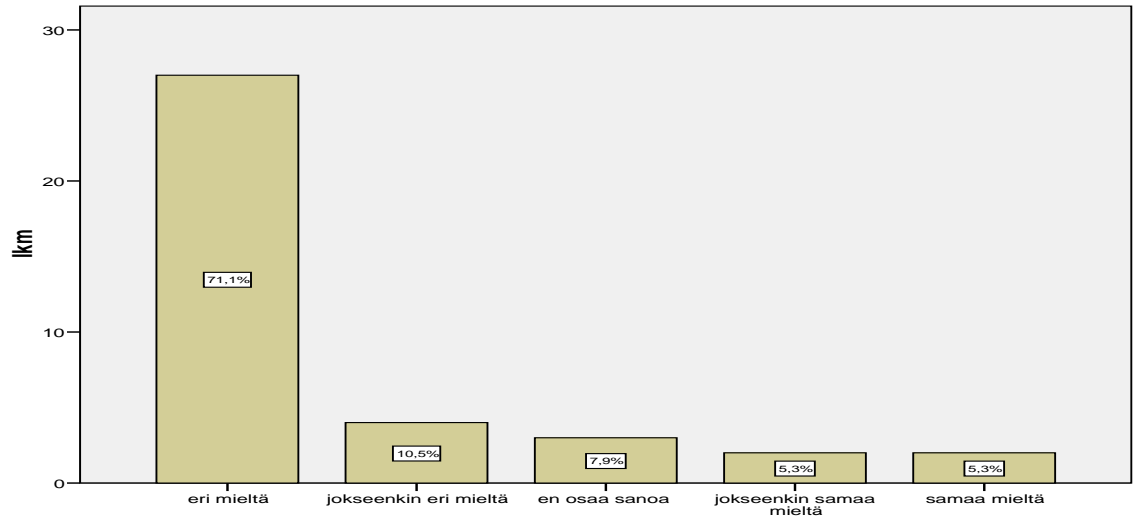
Vastaajista suurimman osan mielestä epikriisin on oltava valmiina potilaan kotiutuessa. Yli puolet 57,9 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, että sairaalassaoloajasta on epikriisin oltava valmiina potilaan kotiutuessa. Kyselyyn osallistuneista 31,6 % oli jokseenkin eri mieltä sairaalassaoloajan epikriisin valmiudesta. Vastaajista 7,9 % oli eri mieltä, että potilaan kotiutuessa epikriisin on oltava valmiina. 2,6 % vastaajista ei osannut sanoa pitääkö epikriisin olla valmiina potilaan kotiutuessa. (kuvio 18)



Kuvio 19. Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä vuodeosaston, potilaan ja omaisten kanssa

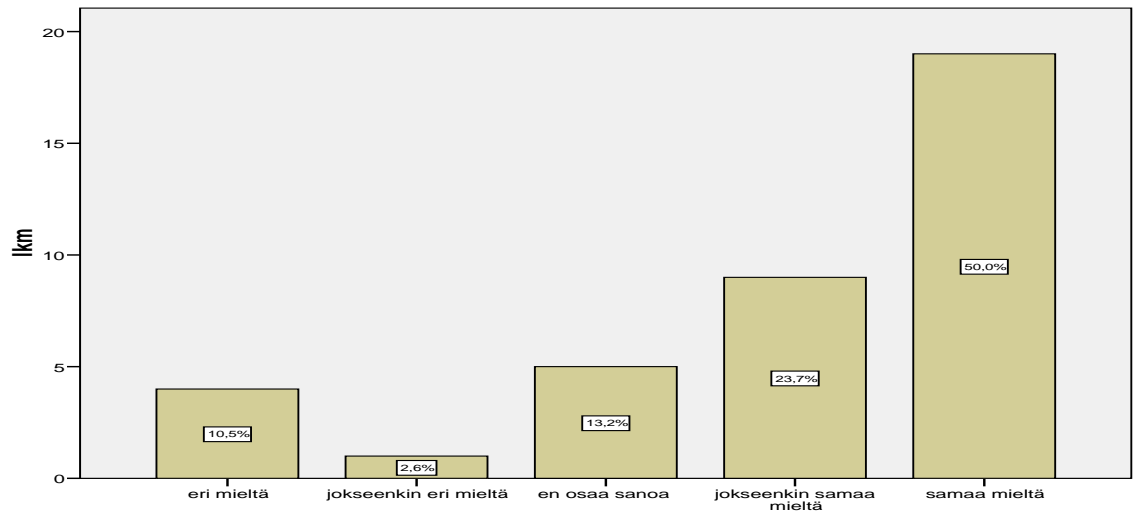
Pääsääntöisesti Vastaajat olivat samaan mieltä palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnasta yhdessä vuodeosaston, potilaan ja omaisten kanssa. 31,6 % vastaajista oli samaa mieltä, että omaiset, potilas ja vuodeosasto yhdessä laativat palvelu- ja hoitosuunnitelman. Kyselyyn osallistuneista 26,3 % oli jokseenkin samaa mieltä palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnasta yhdessä vuodeosaston, potilaan ja omaisten kanssa. Vastaajista 23,7 % oli jokseenkin eri mieltä palvelu- ja hoitosuunnitelman

laatimisesta potilaan, omaisten ja vuodeosaston kansa. 2,6 % vastanneista ei osannut sanoa mielipidettään. (kuvio 19)



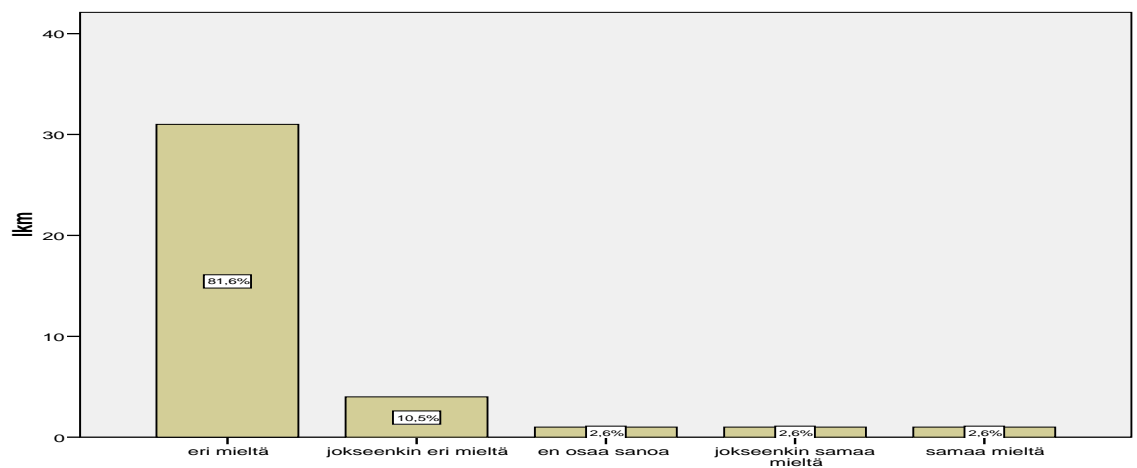
Kuvio 20. Potilaan lääkkeitä ei tarvitse merkitä dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan

Vastaajista 71,1 % oli eri mieltä, ettei dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan tarvitse merkitä potilaan lääkkeitä. 10,5 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä potilaan lääkkeiden merkitsemisestä dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan. Vastaajista 7,9 % ei osannut sanoa, merkitäkö dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan potilaan lääkkeet. 5,3 % vastaajista oli samaa mieltä, ettei dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan tarvitse merkitä potilaan lääkkeitä. Myös 5,3 % vastaajista ilmoitti olevansa jokseenkin samaa mieltä, ettei potilaan lääkkeitä tarvitse merkitä dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan. (kuvio 20)



Kuvio 21. Kotihoidolla on nimetyt yhdyshenkilöt

Vastaajista suurimman osan mielestä kotihoidolla on nimetyt yhdyshenkilöt. Puolet vastaajista 50,0 % oli samaa mieltä, että yhdyshenkilöt on nimetty kotihoitoon. 23,7 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä nimetyistä yhdyshenkilöistä kotihoidossa. Vastaajista 13,2 % ei osannut sanoa mielipidettään väittämästä. 10,5 % vastaajista oli eri mieltä kotihoidon nimetyistä yhdyshenkilöistä. Kyselyyn osallistuneista 2,6 % oli jokseenkin eri mieltä, että kotihoidolla on nimetyt yhdyshenkilöt. (kuvio 21)



Kuvio 22. Potilaan reseptien ei tarvitse olla potilaan kotiutuessa kotihoidon käytettävissä

Vastaajista suurin osa 81,6 % ilmoitti olevansa eri mieltä siitä, että potilaan kotiutuessa potilaan reseptien ei tarvitse olla kotihoidon käytettävissä. 10,5 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä, ettei reseptien tarvitse olla kotihoidon käytettävissä potilaan kotiutuessa. Tutkimukseen osallistuneista 2,6 % oli samaa mieltä, että kotihoidon käytettävissä ei tarvitse olla potilaan reseptit kotiutushetkellä. Asiasta jokseenkin samaa mieltä oli 2,6 % vastaajista. Myös 2,6 % vastaajista ei osannut sanoa tarvitseeko potilaan reseptien olla kotihoidon käytettävissä potilaan kotiutuessa. (kuvio 22)

5.3 Laatuksiteerien tunteminen ja kotiuttamiseen vaikuttavat tekijät

Tässä luvussa käsittelemme avoimien kysymysten vastauksia, jotka olemme ryhmitelleet vastausten perusteella. Vastaukset on ryhmitelty saman yhdistävän tekijän mukaan.

Alle puolet vastaajista 44,7 % oli tietoisia kotiuttamisen laatuksiteereistä ja yli puolet vastaajista 55,3 % ei tiennyt kotiuttamisen laatuksiteereiden olemassaolosta

.

Vastaajien mielestä kotiuttamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat:

Potilaasta riippuvat tekijät

- potilaan hyvä fyysinen ja psyykkinen kunto
- potilaan oma motivoituminen kotiutumiseen
- potilaan tuntema turvallisuus pärjäämisestä kotona
- potilaan voinnin ja toimintakyvyn testaaminen
- kotiutumiseen varattu aika.

Kotiuttamisen hyvä suunnittelu

- moniammatillinen yhteistyö

- varhainen kotiuttamisen suunnittelu
- omaisten kanssa tehtävä yhteistyö
- huolellinen hyvä suunnittelu
- hoitoneuvottelu ennen kotiuttamista
- ei liian aikainen kotiuttaminen
- ei perjantaina kotiutuksia
- apujen maximointi alussa ja asteittainen vähentäminen
- tiedon kulku eri organisaatioiden kesken
- kotihoidon valmius antaa riittävästi aikaa kotiutuvalle varsinkin alkuvaiheessa
- oikea lääkitys
- sama hoitaja hoitaa koko kotiuttamisprosessin ja tarvittaessa toinen hoitaja varalla

Hoitajalta vaadittavat tekijät

- hyvä potilastietojen dokumentointi
- yhteisistä käytännöistä kiinnipitäminen
- hoidon jatkuvuuden takaaminen
- laatukriteerien tunteminen
- yhteistyötaidot ja positiivinen asenne
- avoin, keskusteleva ja sovitteleva ilmapiiri
- hoitajan tieto ja taito hoitaa kotiuttamista
- aktiivinen työote hoitajilta
- kotiutushoitajan roolin selkeytyminen ja yhteistyö

6 TULOSTEN YHTEENVETO

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, toteutuvatko tällä hetkellä Asikkalan kunnassa Lasso-projektissa laatutyönä laaditut kotiuttamisen laatukriteerit käytännön hoitotyössä, potilaan kotiutuessa vuodeosastolta kotihoitoon. Tavoitteena oli ohjata työyhteisöjä onnistuneisiin kotiuttamisiin ja muistuttaa laatukriteerien käytöstä käytännön hoitotyössä. Tutkimus toteutettiin Asikkalan kunnan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla ja kotihoidossa. Tutkimukseen osallistui 38 vakituisessa työsuhteessa olevaa tai yli puoli vuotta määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevää hoitajaa ja lääkäriä. Tutkimustulosten avulla saatiin selvitettyä, kuinka hyvin kotiuttamisen

laatukriteerit toteutuvat, onko hoitohenkilökunta tietoinen kotiuttamisen laatukriteereistä ja mitkä tekijät vaikuttavat kotiuttamisen onnistumiseen.

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli ammatiltaan perus- tai lähihoitajia ja suurimmalla osalla vastaajista toimipisteenä oli vuodeosasto. Työkokemusta enemmistöllä oli 2 – 4 vuotta tai 11 – 20 vuotta. Vastaajista suurin osa oli vakituisessa työsuhteessa.

Kyselyssä enemmistö vastaajista oli samaa mieltä, että lääkäri päättää aina kotiutuksesta kuten laatukriteereissäkin on. Vastaajien mielestä kotiutuksen ei tarvitse tapahtua heti lounaan jälkeen. Laatukriteerit suosittavat potilaan siirron tapahtuvan heti lounaan jälkeen. Laatukriteereissä todetaan, että potilaan siirto pitää ennakoida ja suurin osa vastaajista oli samaa mieltä. Enemmistö vastaajista oli samaa mieltä, että potilaita voidaan kotiuttaa myös perjantaina, laatukriteerit eivät pidä perjantaita hyvänä kotiutuspäivänä kotihoidon kannalta. Suurin osa vastaajista ei pidä kotiuttamispalaverin järjestämistä tärkeänä ennen kotiuttamista, laatukriteereissä on päinvastainen ohje. Koekotiutus tehdään potilaille, jos ei olla varmoja heidän pärjäämisestään kotona. Tässä asiassa suurin osa vastaajista oli samaa mieltä laatukriteerien kanssa.

Kotiutumisen onnistuminen turvataan ensimmäisien päivien aikana riittäväillä kotihoidon käynneillä, vastaajista yli puolet oli samaa mieltä kuten laatukriteerien mukainen suositus. Laatukriteerien mukaan kotiutuvalla nimetään vuodeosastolla yhdyshenkilö, kun taas vastaajien mielestä yhdyshenkilöä ei tarvitse nimetä. Suurin osa vastaajista oli laatukriteerien mukaan samaa mieltä, että uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu vuodeosastolla. Laatukriteerien mukaan arvioidaan kotituvan toimintakyky ja tarvittaessa tehdään muistitesti ennen kotiutusta, kyselyssä vastaajien mielipiteet jakautuivat tasan. Enemmistö vastaajista piti tärkeänä, että omahoitaja ja/tai fysioterapeutti on tehnyt kotikäynnin potilaan kotona kartoittamassa muutostöiden ja apuvälineiden tarpeen. Samaa mieltä ovat myös laatukriteerit. Laatukriteereissä todetaan, että asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat valmiina potilaan kotiutuessa, samaa mieltä olivat vastaajat. Laatukriteereissä todetaan, että hoitotyönlähete on lähetetty ennen kotiutusta kotihoidon sairaanhoitajalle, vastaajista

suurin osa oli samaa mieltä. Iso joukko vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä laatukriteerien kanssa siinä, että epikriisi pitäisi olla valmiina potilaan kotiutessa.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnasta yhdessä vuodeosaston, potilaan ja omaisten kanssa oltiin samaa mieltä kuten laatukriteerissäkkin. Lääkkeiden merkitsemistä dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan, pidettiin tärkeänä niin vastaajien mielestä kuin laatukriteereissäkkin. Vastaajista suurimman osan mielestä kotihoidolle nimetään yhdyshenkilö, niin todetaan myös laatukriteereissä. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että reseptien pitää olla potilaan kotiutuessa kotihoidon käytössä, laatukriteereissä on sama maininta. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että yli puolet vastaajista ei tuntenut kotiuttamisen laatukriteerejä.

Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä tärkeimmät ovat moniammatillinen yhteistyö kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kesken, yhteistyö omaisten kanssa ja huolellinen hyvin suunniteltu potilaan kotiasioiden sekä kotiin saatavien apujen ja apuvälineiden järjestäminen. Kotiin järjestetyt avut pitäisi ensin olla mahdollisimman runsaat, joita sitten tarpeen mukaan voidaan myöhemmin vähentää. Erityisen tärkeäksi kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi nousi tiedon kulku potilaan kotiutustilanteissa. Vastaajien mielestä kotiuttamisen onnistumisen kannalta tärkeiksi todettiin myös potilaan hyvä fyysinen ja psyykkinen kunto, potilaan oma motivoituminen kotiutumiseen, oikea lääkitys, hoitoneuvottelu ennen kotiuttamista ja kotiuttamisen suunnittelu jo sairaalaan tulosta lähtien.

Pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavat potilaan tuntema turvallisuus kotiutumistilanteessa, potilaan voinnin ja toimintakyvyn testaaminen ja kotihoidon valmius antaa riittävästi aikaa potilaalle kotiutuksen jälkeen. Tärkeänä pidettiin myös potilaspapereiden kirjaamista, riittävää sairaalassaoloaika eli ei liian aikaista kotiuttamista, ei kotiutusta perjantaina ja yhteisistä käytännöistä kiinnipitäminen. Vähemmistön mielestä oli merkittävää kotiuttamishoitajan rooli ja hänen kanssaan tehtävä yhteistyö. Pieni osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että hoidon jatkuvuudella, jatkokontrollien järjestämisellä ja kotiutuskokeilulla on merkitystä potilaan kotona pärjäämiseen. Pieni osa vastaajista pitivät tärkeinä myös aktiivista työtettä ja kotiutustilanteessa reseptit ovat valmiina.

Kotiutustilanteessa pidettiin tärkeänä, että potilaalle annetaan aikaa miettiä kotiutusta.

Vastaajien mukaan kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavat myös avoin, keskusteleva ja sovitteleva ilmapiiri. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös hoitajan aktiivisuus, tieto ja taito, laatukriteerien tunteminen, yhteistyötaidot, asenne ja positiivisuus. Lisäksi todettiin myös, että saman hoitajan tulisi hoitaa koko kotiuttamisprosessi tai ohjelmoida se toiselle hoitajalle, jos on itse estynyt hoitamaan kotiuttamisprosessia.

Tutkimustuloksen mukaan voidaan todeta, että suurin osa kotiuttamisen laatukriteeristä toteutuvat, vaikka vastaajista yli puolet eivät tienneet kotiuttamisen laatukriteereistä. Tutkimuksen mukaan laatukriteereistä eivät toteudu seuraavat: kotiuttaminen lounaan jälkeen, kotiutuvalle yhdyshenkilön nimeäminen, kotiuttamispalaveri ja ei perjantai kotiutusta. Täten kotiuttamisen laatukriteerit toteutuvat. Yllättävänä tutkimustuloksena voidaan pitää, että kotiuttamisen laatukriteerit pääsääntöisesti toteutuvat, vaikka vain alle puolet vastaajista oli tietoisia kotiuttamisen laatukriteereistä. Vaikka kotiuttamisen laatukriteerit ovat laadittu jo vuonna 1999, voidaan tutkimuksen perusteella todeta niiden pätevän vielä tälläkin hetkellä, mikä tuli ilmi strukturoitujen kysymysten vastauksista sekä kotiuttamiseen vaikuttavia tekijöitä kysyttäessä toisessa avoimessa kysymyksessä. Tutkimuksen mukaan kotiuttamiseen vaikuttavat vastaajien mielestä pääsääntöisesti samat asiat kuin laatukriteereissä.

Tästä tutkimuksesta saatua tulosta ei voida yleistää, vaan se antaa kuvan ainoastaan Asikkalan kunnassa toteutuviin kotiuttamisen laatukriteereihin.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten vertailu

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen vanhuuspoliittisista linjauksista. Vanhuuspolitiikassa korostetaan sairauksien, toimintarajoitteiden ja menetysten

sijasta voimavarojen hyödyntämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004 – 2007 korostaa kotona asumisen onnistumista mahdollisimman pitkään. Kotiutuksen suunnittelu pitäisi aloittaa heti potilaan saapuessa sairaalaan. Varhainen kotiuttaminen on vanhuksen toimintakyvyn kannalta tärkeää ja potilaan turvallisuuden tunnetta lisää ajoissa aloitettu kotiuttamisen suunnittelu.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimista voidaan pitää hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeänä tekijänä. Tämä tutkimus myös osoitti sen laatimisen tärkeäksi tekijäksi potilaan hoidossa ja kotiutuksen suunnittelussa. Aikaisempien tutkimusten perusteella (Ripatti & Seppälä, 2000) tiedon siirtymisellä ja hoidon jatkuvuudella on merkitystä kotiutumistilanteessa. Aina potilaan saapuessa sairaalaan on lähdettävä siitä lähtökohdasta, ettei hän ole tullut jäädäkseen osastolle. Vaikka potilaan sairauksia ei voida parantaa, niin panostetaan jäljellä olevaan elämään ja toimintakykyyn.

Ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta on tärkeä tekijä iäkkäiden ihmisten hoidossa ja palvelussa. Tämän tutkimuksen perusteella vaaditaan hoitohenkilökunnalta monenlaisia tietoja ja taitoja, joita on jo aiemmin käsitelty. Hoitohenkilökunnan tavoitteellisella toiminnalla saavutetaan potilaan hyvä hoito ja onnistunut kotiuttaminen. Hoitotyön laadunarvioinnilla voidaan seurata toteutuvatko toimintaan laaditut tavoitteet. Laadunarvioinnin avulla hoitohenkilökunta voi kehittää itseään ja ammattitaitoaan. Hyvällä ammattiosaamisella ja hyvällä hoitotyöllä saavutetaan potilaan paras mahdollinen hoito ja ymmärretään ikääntyneiden erityispiirteitä ja osastaan edistää heidän terveyttään. Hoitohenkilökunnan toiminnalla voidaan nostaa hoitotyön laatua

Tämän tutkimuksen perusteella potilaan kotiuttaminen on laaja ja aikaa vievä prosessi, missä on otettava monta tekijää huomioon. Omahoitajalta vaaditaan hyviä ongelmanratkaisutaitoja ja hyvää yhteistyötaitoa. Kotiuttamisprosessi on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen, jolloin hoitajan on osattava soveltaa käytettävissä olevia mahdollisuuksia sekä tietojaan ja taitojaan. Omaisten osuus potilaan kotiuttamisessa ja sen suunnittelussa vaihtelee paljon. Jotkut omaiset saattavat osallistua paljon kotiuttamisen järjestelyihin, mutta jos potilaalla ei ole omaisia tai he eivät osallistu potilaan hoitoon, vaatii se omahoitajalta tavallista suurempaa

panostusta hoitaa potilaan asioita. Samat johtopäätökset todetaan myös (Ripatti & Seppälä, 2000; Valtonen, 1999) aikaisemmissa tutkimuksissa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella (Ripatti & Seppälä, 2000; Saarela, 2001; Ikonen, 2001) hyvän onnistuneen kotiuttamisen taustalla on hyvä suunnittelu moniammatillista työryhmää hyödyntäen, kotiuttamispalaverin järjestäminen sekä palvelu- ja hoitosuunnitelman laatiminen ja hoitohenkilökunnan hyvä ammattitaito. Tämän tutkimuksen perusteella myös moniammatillinen yhteistyö koettiin erittäin tärkeäksi tekijäksi heti kotiuttamisen suunnittelun alusta alkaen. Moniammatillinen työryhmä on laatinut Asikkalan kunnan kotiuttamisen laatukriteerit, joiden kanssa tutkimukseen osallistujat olivat pääosin samaa mieltä. Laatukriteerit on sopimus yhteisistä käytännöistä kotiuttamistilanteissa, joten niiden tunteminen on hyväksi toteutettavalle hoitotyölle. Kotiutumisen tarkistuslista on muistilista hoitajille kotiuttamisprosessissa. Hyvällä uuden työntekijän perehdyttämisellä on suuri vaikutus laatukriteerien toteutumiseen, sillä vaikka kotiuttamisen laatukriteereistä ei suurimmalla osalla ollut tietoa, niin perehdyttämisvaiheessa voidaan ohjata hyvän kotiuttamisen toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden huomiointiin. Aikaisempien tutkimusten (Kilpeläinen, 2003) perusteella moniammatillinen yhteistyö on vanhuksen itsenäistä selviytymistä tukevaa ja kuntoutumista edistävää, mikä koetaan erittäin tärkeäksi tekijäksi. Asia tuli ilmi myös tässä tutkimuksessa.

Aikaisempien tutkimusten (Ripatti & Seppälä, 2000) perusteella kotiuttamispalaverin järjestäminen koetaan merkittäväksi osaksi potilaan tarpeiden huomioinnissa. Kotiuttamispalaverilla luodaan potilaalle ja omaisille turvallisuuden tunnetta kotiuttamistilanteeseen. Palaverissa täytyy tulla esille kaikkien näkökantojen huomiointi ja on varmistettava mistä asioista on sovittu. Tämän tutkimuksen perusteella saatiin päinvastainen tutkimustulos. Suurin osa vastaajista ei koe kotiuttamispalaverin järjestämistä aina tärkeäksi ennen potilaan kotiuttamista. Jos kotiuttamispalaveria ei järjestetä, jää helposti eri osapuolille epäselväksi, mistä on sovittu ja mistä ei, mikä saattaa aiheuttaa epävarmuutta ja pelkoakin kotiutumiseen.

Aikaisempien tutkimusten (Ripatti & Seppälä, 2000; Saarela, 2001) perusteella perjantai kotiutuspäivänä koetaan kotihoiton kannalta erittäin hankalaksi päiväksi. Viikonloppu on alkamassa ja hoitohenkilökuntaa on vähemmän työvuoroissa, jolloin

juuri kotiutunut potilas tarvitsisi enemmän käyntejä ja aikaa. Tämän tutkimuksen perusteella vastaajien mielestä myös perjantai voi olla kotiuttamispäivä. Päinvastaisen tuloksen saaminen verrattuna aikaisempiin tuloksiin, voi johtua siitä, että suurin osa vastaajista oli vuodeosastolta. Jos asiaa tarkastelee vuodeosaston hoitajien näkökulmasta, he mielellään tyhjentäisivät osastoa viikonlopuksi. Kotihoidon näkökulmasta taas hankalin aika ottaa uusia potilaita on viikonloppu, koska henkilökuntaa on silloin vähemmän työvuorossa.

Tämän tutkimuksen aikana heräsi vuodeosastolla ja kotihoidossa keskustelua kotiuttamisesta, laatukriteereistä ja kotiutumisen tarkistuslistasta. Tämän tutkimuksen ja keskustelun ansiosta lista otettiin esille. Kotiuttamisen tarkistuslistan käyttöä on vähän jo aloitettu kehittämään työyksiköissä. Tarkoituksena olisi, että kotiuttamisen tarkistuslista kulkisi potilaan mukana kotona olevaan kotihoidon asiakaskansioon, jolloin sitä voi vielä täydentää esimerkiksi, jos potilas tarvitsee kotiin saatavien apujen lisäämistä. Aikaisemmin tarkistuslista jäi potilaan papereihin osastolle.

Tutkijoiden mielestä tämä tutkimus onnistui hyvin, asetettuihin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Kyselylomakkeen vastaamisohjeet olisi voinut laittaa tarkemmin esille. Muutamia kyselyitä tuli siitä, tarkoitetaanko laatukriteerien väittämällä tämän hetkistä tilannetta vai sitä miten vastaaja haluaisi asian olevan. Kyselylomakkeen täyttämisohjetta täydennettiin suullisesti. Lomakkeen esitestanneiden henkilöiden mielestä lomake oli hyvä, ymmärrettävä ja siihen vastaaminen oli helppoa. Tutkimus aineisto oli riittävä ja tutkimustulosta voidaan pitää luotettavana.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tiedon luotettavuutta ja totuuden etsimistä ilmentävät normit ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittämään luotettavia tuloksia. Tulosten oikeellisuus on tiedeyhteisön tarkistettavissa. Tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen olennaisesti liittyvät tutkimusaineiston keruu, käsittely ja

asianmukainen arkistointi. Tutkittavien ihmisarvoa kunnioittavat normit korostavat tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvan vahingon välttämistä. Normit ovat tärkeitä aina kerätessä tietoja tutkimustarkoituksiin ihmisiltä. Tutkijoille olennaista on toisten tutkijoiden työn huomioiminen ja kunnioittaminen. Tutkittavilla on oikeus valita, haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. Tutkijoiden oikeuksista tärkein on tieteen vapaus, joka ei kuitenkaan anna oikeutta loukata tutkittavien perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia, joihin kuuluu yksityisyyden suoja. Jos tutkimuksen toteuttamisessa on riskinä ihmisoikeuksien loukkaus, tulee tutkimus jättää tekemättä tai toteuttaa se niin, ettei ihmisoikeuksien loukkauksen riskiä ole. (Kuula 2006, 24 - 86.)

Tutkimukseen osallistumisen ehdoton edellytys on vapaaehtoisuus. Tutkittavilla on oltava mahdollisuus valita osallistumattomuuden ja osallistumisen välillä. Vapaaehtoisuus on voimassa koko tutkimuksen ajan. Kaikilla tutkittavilla on oikeus perua milloin tahansa osallistumisensa tutkimukseen ilman, että tarvitsee selittää perumiseen johtavia syitä. Tutkijalla on myös oikeus keskeyttää jonkun tutkittavan osallistuminen tutkimukseen tilanteen niin vaatiessa. Luottamuksellisuus tutkimusta tehtäessä tarkoittaa niitä sopimuksia ja lupauksia, joita tehdään tutkittavien kanssa aineiston käytöstä, joka tarkoittaa sitä, että tutkittavat voivat luottaa tutkijan lupaukseen aineiston käytöstä ja käyttötarkoituksesta. Tutkimusaineiston luottamuksellisuuden sisällön muodostavat luottamuksella annettavien tietojen suojaaminen yhdessä aineiston käyttötarkoituksen kanssa. (Kuula, 2006, 87 - 108.)

Pyrkimyksenä tutkimuksessa on välttää virheiden syntymistä, mutta kuitenkin tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Pyrkimyksenä kaikissa tutkimuksissa on arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliabiliteetti eli tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen tulosten tarkkuutta eli mittaus tulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toistettavuus tarkoittaa, että toistettaessa sama mittaus ja saman henkilön kohdalla, antaa se saman tuloksen vaikka olisi eri tutkija. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2002, 213; Vilkka, 2005, 161.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui nimettömästi ja siihen vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeen mukana olleessa viitekirjeessä vastaajille selvitettiin, mitä tutkittiin ja mihin tutkimus liittyy. Kyselylomakkeeseen vastaajille kerrottiin vastausten käsittelystä täysin luottamuksellisesti. Vastaajille myös ilmoitettiin viitekirjeessä tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Kyselylomakkeisiin oli vastattu asiallisesti, joten kaikkia vastauksia voitiin hyödyntää tässä tutkimuksessa. Kyselylomakkeen analysoinnin jälkeen lomakkeet hävitettiin tietosuojaa noudattaen silppuamalla kyselylomakkeet. Vastaajien nimet eivät tulleet missään tutkimuksen vaiheessa ilmi. Kyselylomake testattiin yhdellä kotihoidon hoitajalla ja yhdellä vuodeosaston hoitajalla. Kyselylomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia testauksen jälkeen. Tutkimuksessa käytettiin myös kyselylomakkeen testanneiden henkilöiden vastauksia, heidän antaessa siihen luvan. Kyselylomakkeen Tutkimuslupa (liite 6) on anottu kirjallisena syksyllä 2006 ja kirjallinen lupa (liite 7) tutkimuksen toteuttamiseen on saatu syksyllä 2006.

7.3 Tutkimustuloksen hyödyntäminen ja jatkotutkimus aiheet

Tutkimusta voidaan hyödyntää Asikkalan kunnassa potilaiden kotiuttamistilanteissa ja kotiuttamisen kehittämisessä sekä tulevaisuudessa työpaikkakoulutusten yhteydessä. Tutkimuksen myötä voidaan palauttaa hoitohenkilöstön mieleen kotiuttamisen laatukriteerit sekä kannustaa niiden käytössä. Tutkimusta voidaan hyödyntää myös muissa kunnissa tai kaupungeissa, joissa kehitetään kotiuttamista vuodeosastolta kotihoitoon. Hyödyntämällä tutkimustulosta ja kotiuttamisen laatukriteereitä voidaan hoitohenkilöstölle saada yhä vain paremmat valmiudet tarkastella kotiutuvaa potilasta kokonaisvaltaisesti, jolloin tiedot ja taidot kehittyisivät ja hoitohenkilökunta kykenisi enemmän kiinnittämään huomiota potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen, arvioitaessa kotiutuskuntoisuutta. Tutkimuksen kautta voidaan myös kehittää moniammatillista toimintaa kotiuttamistilanteissa ja lisätä oman sekä toisten tekemän työn arvostusta, sillä onnistunut kotiuttaminen on monen osastekijän summa.

Tämän tutkimuksen kautta jatkotutkimusaiheena voisi tutkia vanhusten ja omaisten kokemuksia kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä tai miten hoitoneuvottelussa sovitut asiat käytännön kotiuttamistilanteissa toteutuvat potilaan

näkökulmasta. Edellä mainitut jatkotutkimukset voisi toteuttaa laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Lisäksi voisi tutkia seuraavia: Kuinka moni kotiuttaminen onnistuu ja kuinka moni kotiuttaminen epäonnistuu jollakin aikavälillä ja minkä vuoksi sekä eri organisaatioiden välistä tiedon kulkua ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

LÄHTEET

Asikkala – Wikipedia. (verkkojulkaisu). Asikkalan kunnan internetsivut. (Viitattu 05.10.2007). Saatavissa: <http://fi.wikipedia.org/wiki/Asikkala>

Backman, K., Paasivaara, L., Voutilainen, P. & Isola, A. 2002. Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmisten hoidossa - gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne – Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Kirjapaino Oy, 70 – 76.

Bagge, R. 2004. Kuntouttava hoitotyö terveyskeskuksen vuodeosastolla – kuntoutussuunnitelman kehittäminen. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin Ammattikorkea koulu Stadia.

Finne – Soveri, H. 2002. Hyvä lääketieteellinen hoito. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi – Sulkava, U. & Finne – Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Kirjapaino Oy, 65 - 69.

Göönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen - kotihoidon

henkilöstön näkökulma. Sairaanhoidaja, 79 (3), 28 – 31.

Gröönroos, E. & Perälä, M-L. 2006 (verkkojulkaisu). Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. Suomen Sairaanhoidajaliitto (viitattu 03.11.2007). Saatavissa: <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/artikkeli/>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

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

Idänpää – Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Helsinki: Stakesin monistamo.

Ikonen, T. 2001. Kotikäynti ja sen merkitys hoidon jatkuvuudelle terveysalan opiskelijan kuvaamana. Hoitotieteen Pro – gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Kilpeläinen, A. 2003. Kotihoidon naisvanhusasiakkaan voimavarat – hoito- ja palvelusuunnitelmien analyysi. Hoitotieteen Pro – gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Koukkunen, K.1990. Nykysuomen sanakirja. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Noppari, E. & Koistinen, P. 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tamme-Paino Oy.
- Ripatti, M., Seppälä, P. 2000. Hyvän kotiutuksen kriteerien toteutuminen Launeen kotihoidossa. Tutkintotyö. Lahti: Lahden Ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.
- Ristikko. 2001. Hoitotyön tulevaisuus. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peipponen, A. & Mikkola, T. (toim.). Hoitotyön vuosikirja 2002. Tampere: Tammer – Paino Oy, 143 – 149.
- Routsalo, P. 2002. Terveiden edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 115, 117.
- Räihä, A. 2000 (verkkojulkaisu) Vanhuksen hyvä kotiutus (viitattu 17.03.2007). Saatavissa: <http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/000427.htm>
- Saarela, H. 2001. Potilaan kotiutuminen erään terveyskeskuksen vuodeosastolta – hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Lahti: Lahden Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan laitos. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Savolainen, M. 2003. Iäkkäiden hoitoon tyytyväisyys terveyskeskuksen vuodeosastolla - haastattelututkimus yli 64-vuotiaille lyhytaikaisessa hoidossa oleville potilaille. Hoitotieteen Pro – gradu - tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007 (verkkojulkaisu). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä (viitattu 07.02.2007). Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/10227>
- Sudman, E. 2005. Potilaan oikeudet. Teoksessa Mustajoki, M., Maaselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 610 – 614.

Suomen kuntaliitto. 1999. Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Tilastokeskus. 2006. Pegasos terveystietojärjestelmä. Väestövastuu / väestötiedot.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämän laatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarana, M., Bacman, K., Paasivaara, L., Eloniemi – Sulkava, U. & Finne – Soveri, H.(toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Kirjapaino Oy, 11 - 18.

Valtonen, L. 1999. Lasso-projektin raportti, Asikkala.

Valtonen, L. 2000. Vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen. Vanhustyö 3, 7 -10.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Yli - Luoma, V.J. 2000. Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin – SPSS for windows - ohjelman avulla. 6.painos. Sipoo: IMDL oy:n digitaalipaino.

KOTIUTTAMISEN LAATUKRITEERIT ASIKKALAN KUNNASSA

- Kotiutuksesta päättää lääkäri. Heti kun se potilaan sairaanhoidon kannalta on mahdollista, siirretään potilas kotihoitoon.
- Potilaan siirto kotihoitoon tulisi tapahtua heti lounaan jälkeen, ellei toisin ole sovittu.
- Potilaan siirto ennakoidaan 1 – 3 päivää ennen siirtoa hoitosuunnitelmassa ja siitä ilmoitetaan kotihoidon sairaanhoitajalle, sekä arvioidaan tarvittavien palveluiden tarve.
- Huonokuntoisia kotihoidon palveluja tarvitsevia potilaita ei kotiuteta perjantaisin, ellei kotiuttamisesta ole toisin sovittu.
- Kotiuttamispalaveri järjestetään ennen kotiuttamista, johon osallistuvat omalääkäri, omahoitaja, kotihoidon sairaanhoitaja, omaiset ja sosiaalityöntekijä tarvittaessa. Kierron yhteydessä varataan lääkärille aika kotiuttamispalaveria varten. Tieto kotiuttamisesta on ilmoitettava ehdottomasti kotihoitoon.
- Koekotiutus tehdään jos ei olla täysin varmoja potilaan selviytymisestä kotona. Varmistetaan potilaan mahdollisuus palata osastolle jos ei kotona selviydy. Kotihoito ja omaiset yhdessä sovitulla tavalla tukevat ja kannustavat potilaan kotona selviytymistä.
- Ensimmäisien päivien aikana järjestetään kotiutuvalle riittävästi käyntejä kotihoidon henkilökunnalta, jolloin voidaan turvata kotiuttamisen onnistuminen. Kun voidaan olla varmoja kotiutumisen onnistumisesta voidaan kotihoidon henkilökunnan käyntejä vähentää.

- Vuodeosastolta kotiutuvalle nimetään yhdyshenkilö, johon tarvittaessa voidaan ottaa yhteyttä.
- Ennen kotiuttamista uusien lääkkeiden aloitukset ja seuranta sekä laboratorio- ja röntgen tutkimukset on tehty vuodeosastolla.
- Arvio toimintakyvystä ja muistitesti tarvittaessa on tehty ennen kotiuttamista sovittuja toimintakykymittareita käyttäen. Kotiuttamistyöryhmä tekee arvion vanhuksen selviytymisestä kotihoidossa vertaamalla toimintakykyä suunnitellun kotiuttamispaikan vaatimuksiin.
- Ennen kotiuttamista omahoitaja ja/tai fysioterapeutti tekevät tarvittaessa kotikäynnin potilaan kotona, jolloin he kartoittavat apuvälineiden ja muutostöiden tarpeen.
- Asunnossa tarvittavat muutostyöt ja apuvälineet on ehdottomasti oltava valmiina potilaan kotiutuessa.
- Hoitotyön lähete sairaalasta on lähetetty kotihoidon sairaanhoitajalle. Ohjeet jatkohoidosta ovat selkeät, vaikeita lääketieteellisiä termejä tai lyhennyksiä ei käytetä.
- Epikriisi sairaalassaoloajasta on valmis ja se on nähtävissä sähköisesti.
- Palvelu- ja hoitosuunnitelma on laadittu yhteistyössä sairaalan, kotihoidon, potilaan ja omaisten kanssa.
- Varmistetaan, että potilas osaa turvapuhelimen käytön.
- Varmistetaan, että avaimen paikka on tiedossa.

- Potilaan käyttämät lääkkeet on merkittävä dosetin takana olevaan lääkelistaan.
- Kotihoito nimeää yhdyshenkilöt ja antaa heidän yhteystietonsa sekä soittoajat sekä ilmoittaa muutoksista yhteystiedoissa.
- Potilaan reseptit ovat välittömästi kotihoidon käytössä tai potilaan omaisella.
- Potilaan asuntoasiat ovat järjestetty yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa.
- Ensimmäisenä päivänä kotiuttamisesta omahoitaja, fysio- ja toimintaterapeutti käyvät potilaan kotona jos on tarvetta ja asiasta on erikseen sovittu.

KOTIUTUMISEN TARKISTUSLISTA

Kotiutuvan potilaan nimi: _____

Minne kotiutuu: _____

Suunniteltu kotiutumispäivä: _____

Toteutunut kotiutumispäivä: _____

	K/E	Pvm	Huom	Allekir
Potilaan kanssa sovittu kotiutumispäivä	_____	_____	_____	_____
Potilaan kanssa sovittu kotiutumisaika	_____	_____	_____	_____
Omaisten kanssa sovittu kotiutumispäivä	_____	_____	_____	_____
Omaisten kanssa sovittu kotiutumisaika	_____	_____	_____	_____
Potilas valmennettu kotona selvitymiseen	_____	_____	_____	_____
Kotikäynti tehty/sovittu	_____	_____	_____	_____
Tukihenkilön puh. annettu	_____	_____	_____	_____
Apuvälineet järjestetty	_____	_____	_____	_____
Kodinmuutostyöt tehty	_____	_____	_____	_____
Kotisairaanhoidon varmistettu	_____	_____	_____	_____
Kotipalvelu varmistettu	_____	_____	_____	_____
Ateriapalvelut varmistettu	_____	_____	_____	_____
Vuokra-/hoitotuki, ym. tuet järjestetty	_____	_____	_____	_____
Lääkehoito järjestetty	_____	_____	_____	_____
Jatkokuntoutus sovittu	_____	_____	_____	_____
Kontrolliaika sovittu	_____	_____	_____	_____
Kotiavain mukana	_____	_____	_____	_____
Henkilökohtaiset tavarat mukana	_____	_____	_____	_____
Kuljetus kotiin järjestetty	_____	_____	_____	_____
Saattaja järjestetty	_____	_____	_____	_____
Vastaanottaja järjestetty	_____	_____	_____	_____

K = kyllä

E = ei

ET = ei tarpeellista

KYSELYLOMAKE

Hyvä kyselylomakkeeseen vastaaja, tutkimuksemme onnistumiselle on tärkeää, että pyrkisitte vastaamaan mahdollisimman huolellisesti esitettyihin kysymyksiin ja väittämiin. Pyydämme teitä vastaamaan ympyröimällä mielestänne oikeaksi katsomanne vaihtoehdon.

1. Ammattinne

1. Lääkäri
2. Sairaanhoitaja
3. Perushoitaja / Lähihoitaja

2. Toimipisteenne

1. Kotihoito
2. Vuodeosasto

3. Työkokemuksenne kyseisessä toimipisteessä

- 1.1 vuosi tai vähemmän
2. 2 – 4 vuotta
3. 5 – 10 vuotta
4. 11 – 20 vuotta
5. Yli 20 vuotta

4. Työsuhteenne

1. Vakituinen
2. Määräaikainen

Esitämme kotiuttamisen laatuksiteereitä koskevia väittämiä. Pyydämme teitä ympyröimään mielestänne sopivimman vaihtoehdon.

	1 = eri mieltä	2 = jokseenkin eri mieltä	3 = en osaa sanoa	4 = jokseenkin samaa mieltä	5 = samaa mieltä
1. Kotiutuksesta päättää aina lääkäri.	1	2	3	4	5
2. Potilaan siirto tapahtuu aina heti lounaan jälkeen.	1	2	3	4	5
3. Potilaan siirtoa ei tarvitse ennakoida.	1	2	3	4	5
4. Potilaita voidaan kotiuttaa myös perjantaisin.	1	2	3	4	5
5. Kotiuttamispalaveri järjestetään aina ennen kotiuttamista.	1	2	3	4	5
6. Koekotiutus tehdään, jos ei olla varmoja potilaan selviytymisestä kotona.	1	2	3	4	5

	1 = eri mieltä	2 = jokseenkin eri mieltä	3 = en osaa sanoa	4 = jokseenkin samaa mieltä	5 = samaa mieltä
7. Ensimmäisien päivien aikana järjestetään riittävästi kotihoidon käyntejä, joilla turvataan kotiuttamisen onnistuminen.	1	2	3	4	5
8. Vuodeosastolta kotiutuvalla ei nimetä yhdyshenkilöä.	1	2	3	4	5
9. Uusien lääkkeiden aloitus ja seuranta tapahtuu aina vuodeosastolla ennen kotiuttamista.	1	2	3	4	5
10. Toimintakykyarvio ja muistitesti tehdään aina ennen kotiuttamista.	1	2	3	4	5
11. Omahoitaja ja/tai fysioterapeutti on tehnyt kotikäynnin potilaan kotona kartoittamassa muutostöiden ja apuvälineiden tarpeen ennen kotiuttamista.	1	2	3	4	5
12. Asunnon muutostyöt ja apuvälineet ovat aina valmiina potilaan kotiutuessa.	1	2	3	4	5

	1 = eri mieltä	2 = jokseenkin eri mieltä	3 = en osaa sanoa	4 = jokseenkin samaa mieltä	5 = samaa mieltä
13. Hoitotyönlähetettä ei tarvitse aina lähettää kotihoidon sairaanhoitajalle.	1	2	3	4	5
14. Epikriisi sairaalassaoloajasta on valmis potilaan kotiutuessa.	1	2	3	4	5
15. Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä vuodeosaston, potilaan ja omaisten kanssa.	1	2	3	4	5
16. Potilaan lääkkeitä ei tarvitse merkitä dosetin pohjassa olevaan lääkelistaan.	1	2	3	4	5
17. Kotihoidolla on nimetyt yhdyshenkilöt.	1	2	3	4	5
18. Potilaan reseptien ei tarvitse olla potilaan kotiutuessa kotihoidon käytettävissä.	1	2	3	4	5

Pyydämme teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin

1. Oletteko tietoinen kotiuttamisen laatukriteereistä?

2. Mitkä tekijät mielestänne vaikuttavat kotiuttamisen onnistumiseen?

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Hyvä kyselylomakkeeseen vastaaja!

Kyselylomake on tarkoitettu vakituisille tai yli puoli vuotta olleille määräaikaikaisille sijaisille vuodeosastolla ja kotihoidossa työskenteleville lääkäreille, sairaanhoitajille, lähihoitajille ja perushoitajille.

Opiskelemme Lahden Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Kyselylomake liittyy opinnäytetyöhömmme, jossa tutkimme kotiuttamisen laatuksiteereiden toteutumista.

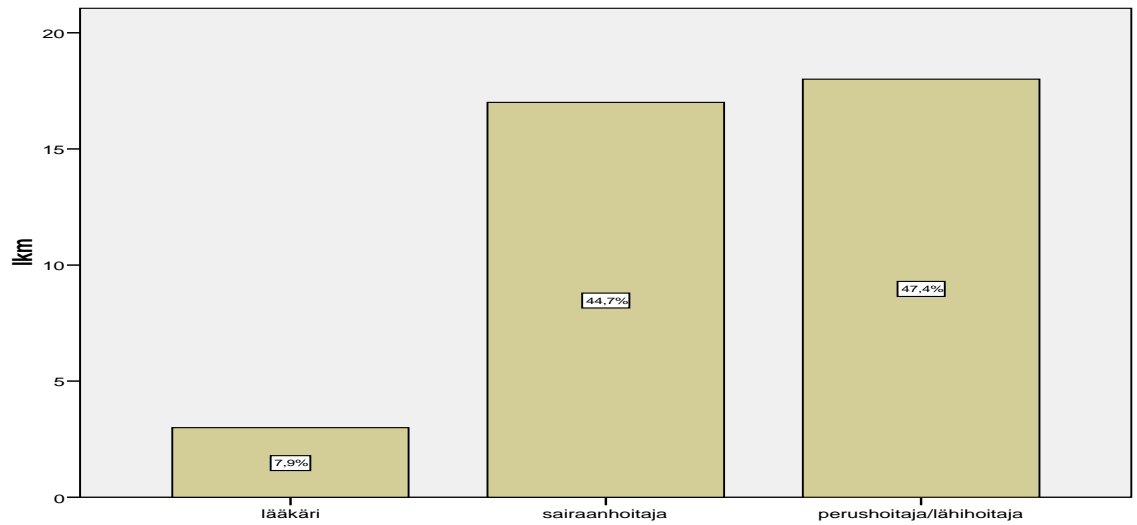
Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Pyydämme palauttamaan vastaukset 11.9 mennessä niille osoitettuihin palautuslaatikkoihin, jotka sijaitsevat kotihoidon taukotilassa ja vuodeosaston taukotilassa.

Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselylomakkeeseen, jolloin saisimme laajan aineiston tutkimustamme varten. Vastaamme mielellämme tutkimukseen liittyviin lisäkysymyksiin.

Pirkko Ojala
040-7016719

Jaana Tetri
044-0709624

5.1 VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT



Kuvio 1. Vastaajien ammatti

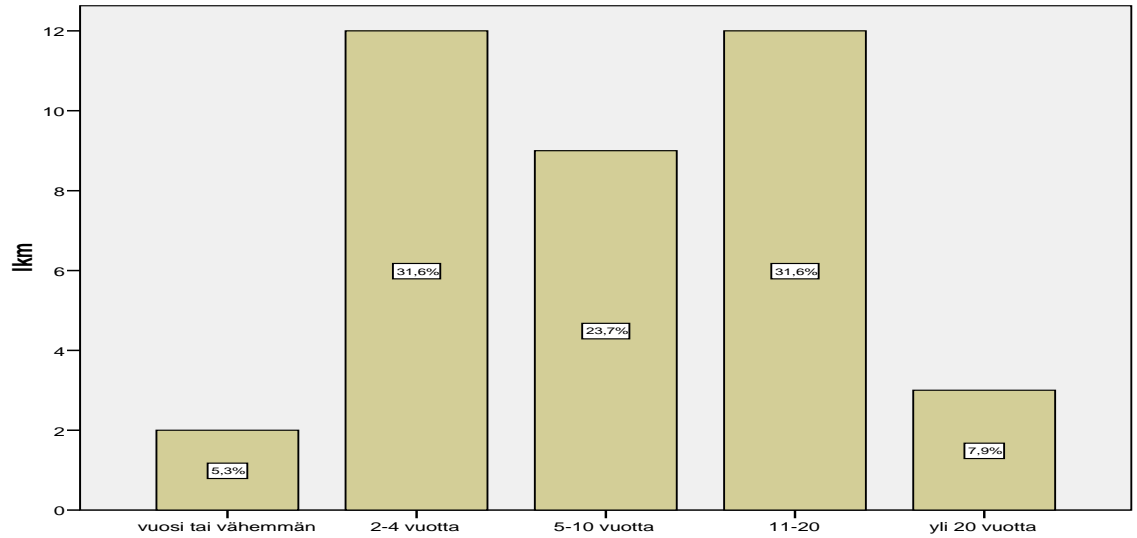
Suurin osa vastaajista oli perus- tai lähihoitajia (47,4 %). Sairaanhoitajia vastaajista oli 44,7 % ja lääkäreitä vastaajista oli 7,9 % (kuvio 1)



Kuvio 2. Vastaajien toimipiste

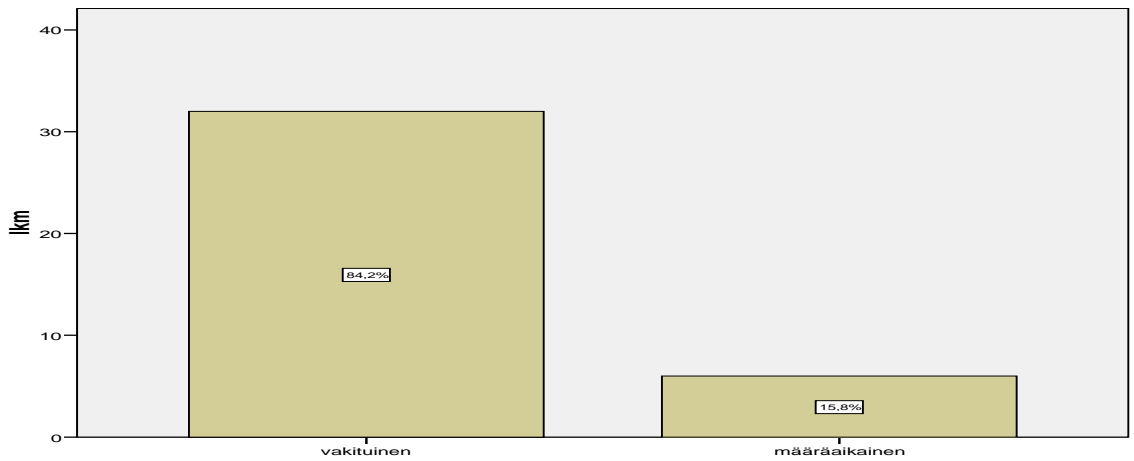
Suurin osa vastaajista työskentelee terveyskeskuksen vuodeosastolla (71,1 %).

Kotihoidossa vastaajista työskentelee 28,9 %. (kuvio 2).



Kuvio 3. Vastaajien työkokemus vuosina

Vastaajista suurimmalla osalla oli työkokemusta 2 – 4 vuotta (31,8 %) ja samoin myös 31,8 % ilmoitti työkokemusta olevan 11–20 vuotta. Työkokemusta 5- 10 vuotta ilmoitti olevan 23,7% ja vastaajista 7,9% ilmoitti työkokemusta olevan yli 20 vuotta. Vastaajista 5,3 % oli työskennellyt alle yhden vuoden (kuvio 3).



Kuvio 4. Vastaajien työsuhde

Vastaajista suurin osa 84,2% työskentelee vakituisessa työsuhhteessa ja 15,8% ilmoitti työskentelevänsä määräaikaisessa työsuhhteessa. (kuvio 4).

12.09.2006

TUTKIMUSPYYNTÖ

Olemme Jaana Tetri ja Pirkko Ojala. Opiskelemme Lahden Ammatikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalanlaitoksella. Koulutusohjelmamme on AMK sairaanhoitaja. Valmistumme joulukuussa 2007. Jaana Tetri työskenotelee Asikkalan kotihoidossa. Anomme tutkimuslupaa opinnäytetyölle, jonka aiheena on tutkia kotitusta vuodeosastolta kotihoitoon. Tutkimuksemme perustuu vuonna 1999 Asikkalan kunnassa laadittuihin Vanhuspotilaan kotiuttamisen laatuksenteoreihin. Tutkimuksemme on määrällinen tutkimus. Tutkimuksemme liittyy tutkimuslomake, joka on tarkoitus jakaa vuodeosaston ja kotihoidon henkilöstölle. Anomme myös lupaa käyttää Asikkalan kunnan kopiointikonetta opinnäytetyön materiaalin kopioimiseen. Sitoudumme esittämään valmiin opinnäytetyön ja tutkimuksemme tuloksen Asikkalan kunnan henkilöstölle.

VÄÄKSY 12.09.2006

Jaana Tetri

Pirkko Ojala

ASIKKALAN KUNTA

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vt. Koti- ja laitoshoidon johtaja

04.10.2006

37 §

Vireillepanija

Perusturvalautakunta

Asia

TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Päätös ja perustelut

Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden laitoksella opiskelevat sairaanhoitaja AMK-koulutusohjelmassa perushoitaja Jaana Tetri vuodeosastolta ja lähihoitaja Pirkko Ojala kotihoidosta. Tutkimuksen suorittaminen kuuluu heidän opiskeluunsa.

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kotiutusta vuodeosastolta kotihoitoon. Tutkimus perustuu vuonna 1999 laadittuihin Vanhuspotilaiden kotiuttamisen laatukriteereihin.

Tutkimusaineisto on tarkoitukseen kerätty kyselylomakkeilla vuodeosaston ja kotihoidon henkilöstöltä.

Myönnän tutkimusluvan aineiston tiedonkeruuseen kyselykaavakkein vuodeosaston ja kotihoidon henkilöstöltä. Samalla myönnän luvan käyttää kunnan kopiokonetta opinnäytetyön materiaalin kopioimiseen, koska valmistuttuaan tutkimuksen tulokset palvelevat kotihoidon ja vuodeosaston henkilöstöä.



Merja-Liisa Kaaronen
Vt. Koti- ja laitoshoidon johtaja

Lisätietoja antaa

vt.koti- ja laitoshoidon johtaja Merja-Liisa Kaaronen, puh. 03 - 8886 640,044 - 778 0640, sähköposti: merja-liisa.kaaronen@asikkala.fi

JAKELU

Jaana Tetri
Pirkko Ojala
vs. osastonhoitaja Maarin Palm
avopalveluohjaaja Mirja Jarva
kotihoitajan henkilöstö
vuodeosaston henkilöstö