

Johanna Ruusunen

IKÄIHMISTEN KOTIUTTAMISKÄYTÄNTÖJEN
KEHITTÄMINEN JA YHTENÄISTÄMINEN KESKI-
SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄN
ALUEELLA

Vanhustyön koulutusohjelma

Geronomi

2011

IKÄIHMISTEN KOTIUTTAMISKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN JA
YHTENÄISTÄMINEN KESKI-SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON
KUNTAYHTYMÄN ALUEELLA

Ruusunen, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Teeri, Sari
Sivumäärä: 33
Liitteet: 6

Asiasanat: Kotiuttaminen, kotihoito, kotiutushoitaja, yhteistyö, kotiutusprosessi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen (Nakkila, Harjavalta ja Kokemäki, ei Eurajoki) käytäntöjä kotiutustilanteissa vuodeosastolta kotihoitoon. Lisäksi tavoitteena oli tutkimustulosten perusteella luoda toimivat, yhtenäiset ja turvalliset käytännöt asiakkaan kotiutumiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin neljässä eri teemahaastattelussa, joissa haastateltavia oli yhteensä 11. Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmä muodostui Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen eri kuntien kotiuttamisprosessissa mukana olevasta hoitohenkilöstöstä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.

Opinnäytetyö oli osana KASTE-ohjelman ”Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen 2010 – 2012 ” – Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän hanketta. Keski-Satakunnan alueen pilotin tavoitteena oli luoda yhtenäiset ja toimivat käytännöt potilaan kotiuttamiseen vuodeosastolta kotihoitoon.

Opinnäytetyön haastattelutuloksista nousi esiin kotiuttamisprosessin kehittämistarpeita sekä toimivia ja hyviä kotiuttamiskäytänteitä, joita edelleen jalostamalla ja yhtenäistämällä kyetään vaikuttamaan laadukkaiden kotiuttamisten toteuttamiseen. Kotiuttamisprosessit vaihtelivat suuresti eri kuntien välillä. Osa vastaajista koki, ettei kotiuttamisen suunnitteluun ole käytettävissä riittävästi aikaa. Yhteistyötä eri sektorien kesken koettiin tehtävän paljon, mutta toimenkuvien täsmentämistä ja muiden toimijoiden välistä tuntemusta sekä vuorovaikutusta omaisten ja ammattilaisten välillä kaivattiin lisää. Hoitoneuvottelujen järjestämiseen liittyvät kokemukset ja vaikutukset koettiin erittäin positiivisina ja tehokkaina, vaikka lähes kaikkien haastateltavien mielestä hoitoneuvotteluja järjestettiin liian harvoin.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueelle yhteinen kotiuttamisohjeistus sekä hoitoneuvottelujen järjestämisen malli ja apulomakkeisto. Näillä konkreettisilla työvälineillä kyetään yhtenäistämään, selkiyttämään ja tehostamaan kotiuttamisen prosessia haastatteluaineiston perusteellakin tarpeellisiksi koettujen hoitoneuvottelujen avulla.

DEVELOPING AND UNIFYING THE POLICIES OF DISCHARGING THE
ELDERLY IN THE REGION OF KESKI-SATAKUNTA HEALTH SERVICE'S
MUNICIPALITY GROUP

Ruusunen, Johanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in geriatric care
November 2011
Supervisor: Teeri, Sari
Number of pages: 33
Appendices: 6

Key words: Discharging, community nursing, discharging nurse, co-operation, discharging process

The purpose of this Thesis was to examine the policies of the Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä (Nakkila, Harjavalta and Kokemäki, not Eurajoki) in discharging the patients from bed ward to community nursing. Additionally, based on the results of the research, the aim was to create functioning, uniform and safe methods for the discharging of the customer. The Thesis uses qualitative, i.e. quality based research method. The research material was gathered in four different themed interviews with altogether 11 interviewees. The target group of the Thesis was composed of the Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä's different municipalities' care personnel, who work within the discharging process. The material was analyzed with the content analysis method.

The Thesis was part of the KASTE-programme "Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen 2010 – 2012" – Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä's project. The Keski-Satakunta region's pilot project's goal was to create coherent and functional policies for discharging the patient from bed ward to community nursing.

As a result of the interviews for the Thesis, matters arose in the discharging process that need development as well as well-working, good practices, which can with further improvement and standardizing lead to implementing high quality discharging events. The discharging processes between different municipalities varied a lot. Some of the interviewees felt that there is not enough time reserved for the planning of discharging. There seemed to be a lot of cooperation between different sectors, however there was need for more specific job descriptions and lack of knowledge between different actors. Also there were requests for more interaction between the relatives and the professional. The experiences and influences in organizing care negotiations were seen to be extremely positive and efficient, even though according to almost all of the interviewees, care negotiations were not arranged often enough. As a result of the Thesis, a unified discharging instruction and a model and supporting forms for arranging care negotiations were created for the Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä's region. These concrete tools make the discharging process more unified, clear and efficient with the help of the care negotiations, for which the necessity was also proved in the results of the interview material.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	6
2.1	Keskeisten käsitteiden määrittelyä.....	7
2.2	KASTE-ohjelman toimintakykyisenä ikääntyminen - hanke	8
3	ONNISTUNUT KOTIUTTAMINEN.....	9
3.1	Kotiuttamisen suunnittelu	11
3.2	Kotiuttamisen toteutus ja arviointi.....	12
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat.....	13
4.2	Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä	13
4.3	Aineiston keruu ja haastateltavien valinta	14
4.4	Tutkimusaineiston analysointi	15
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	16
5.1	Kotiuttamisen käytänteiden toimivuus	17
5.1.1	Osaaminen ja ammattitaito.....	17
5.1.2	Roolit.....	18
5.1.3	Resurssit	19
5.1.4	Suunnitelmallisuus	19
5.1.5	Yhteistyö	20
5.1.6	Tiedonkulku	21
5.2	Kotiuttamisen kehittäminen.....	23
6	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	24
6.1	Yhteinen kotiuttamisohjeistus.....	25
6.2	Hoitoneuvottelujen järjestäminen	27
6.3	Yhteenvedo kehittämistarpeista.....	28
7	POHDINTA.....	30
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	30
7.2	Jatkotutkimusehdotukset / seuranta	31
	LÄHTEET.....	33
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilaan sairaalasta kotiuttamista on kehitetty aktiivisesti jo 2000-luvulta alkaen. Useat strategiat, laatusuositukset ja tavoitteet korostavat kotona asumisen mahdollistamista mahdollisimman pitkään. Hoitoaikoja sairaaloissa on lyhennetty huomattavasti. Valtakunnallisesti tavoitteena on, että kuntien 75 vuotta täyttäneistä ikäihmisistä 91–92 % asuu kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3, 45). Nämä tehostamisvaatimukset asettavat haasteita sujuvalle kotiuttamiselle ja asiakkaan hoidon jatkuvuudelle. Potilaan onnistunut sairaalasta kotiuttaminen vaatii saumatonta yhteistyötä ja hyvää tiedonkulkua. Kotiutettavan potilaan saumattoman palveluketjun tulee muodostua sosiaalityön, lääketieteen ja hoitotyön ammattilaisten sekä muiden ikääntyneiden hoitoon ja palveluun osallistuvien henkilöiden yhteistyöstä (Voutilainen ym. 2002, 52).

Kotiuttamisen kehittämällä turvataan ikääntyvien asuminen turvallisesti mahdollisimman pitkään omassa kodissaan tai kodinomaisissa olosuhteissa. Lisäksi kyetään muuttamaan palvelurakennetta avohoitopainotteisempaan suuntaan sekä lyhentämään sairaalajaksoja turvallisuuden tunnetta vaarantamatta. Satakunnan alueen kaikki kunnat ovat nostaneet kotiuttamisasiat yhdeksi kehittämiskohteeksi haettaessa sosiaali- ja terveysministeriöstä KASTE-hankerahoitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:6, 10.)

Harjavalan, Kokemäen ja Nakkilan kotihoidossa on havaittu kehitettävää vuodeosastolta kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Myös terveyskeskusten vuodeosastojen työntekijät toivovat kotiuttamiskäytänteiden yhtenäistämistä ja kehittämistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuntayhtymän alueen kotiuttamiskäytäntöjä sekä kehittää yhtenäiset ja turvalliset kotiuttamiskäytännöt koko kuntayhtymän alueelle. Opinnäytetyö on osa KASTE-ohjelman ”Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012” – hanketta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän vuodeosastoilla Kokemäellä on 30 potilaspaikkaa ja Harjavallassa 40 potilaspaikkaa. Nakkilalaiset terveyskeskuksen vuodeosastohoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan pääasiassa Harjavallan vuodeosastolla. Vuodeosastopaikkoja on suunnitelmallisesti vähennetty ja hoitoaikoja on pyritty systemaattisesti lyhentämään.

Harjavallassa kotipalvelu ja kotisairaanhoido muodostavat yhteisen kotihoitoyksikön, joka on jakautunut maantieteellisesti kahteen eri ryhmään: Torttilaan ja Merstolaan. Kotihoidossa työskentelee yhteensä 24 työntekijää, joista 18 kotipalvelussa ja 6 kotisairaanhoidossa. Kokemäellä ja Nakkilassa kotipalvelu ja kotisairaanhoido eivät ole yhdistyneet yhteiseksi kotihoitoyksiköksi. Kokemäellä työskentelee kotipalvelussa yhteensä 28 työntekijää ja kotisairaanhoidossa 6 työntekijää. Kotipalvelun työntekijät työskentelevät maantieteellisesti jakautuen neljään eri ryhmään. Kokemäen kotisairaanhoidon toiminta-alueena on koko Kokemäki. Nakkilassa työskentelee 15 kodinhoitajaa ja neljä kotisairaanhoidajaa sekä yksi kaikkien kuntien yhteinen osastonhoitaja. Lisäksi kaikilla kolmella kunnalla on yksi sairaanhoitaja varahenkilönä.

Sairaalan osastoilla sekä kotihoitoyksiköissä esimiestyöskentelyllä on suuri vaikutus kotiuttamisen onnistumiseen. Esimiestyöskentely osoittaa toiminnan suunnan ja mielen (Juuti & Vuorela, 2006, 88). Tämä vaikuttaa suoraan hoidon ja palvelujen laatuun. Johtamisella voidaan myös muokata organisaatiokulttuuria ja –ilmapiiriä sekä vaikuttaa työntekijöiden työssä viihtymiseen ja hyvinvointiin. Näin luodaan edellytykset työssä oppimiselle ja kehittyvälle työyhteisölle. Johtajan tehtävänä on huolehtia, että esimerkiksi koulutus on suunnitelmallista ja yhteisesti sovittujen päämäärien mukaista. (Voutilainen ym. 2002, 201–203). Johtaja toimii mahdollistajana, joka samalla näkee tulevaisuuteen ja oikeita kysymyksiä tekemällä auttaa työntekijöitä ylitämään nykyisyyden rajoja (Mäkisalo, 2004, 204). Käytännössä esimiehen vastuulla on työvuorosunnitelmien laatiminen, tarvittavien työvälineiden hankkiminen ja muiden resurssien järjestäminen siten, että ne myötävaikuttavat laadukkaan kotiuttamisen järjestämiseen.

2.1 Keskeisten käsitteiden määrittelyä

Tässä opinnäytetyössä *kotiuttamisprosessilla* tarkoitetaan terveyskeskuksen vuodeosastohoidon aikana tapahtuvaa ikäihmisen kotiuttamisen suunnittelua, toteuttamista ja arviointia (Autio 1996, 2). Tutkimuksissa käytetään vaihtelevasti käsitteitä vanhuspotilas, iäkäs potilas tai asiakas. Koponen (2003) käyttää väitöskirjassaan käsitettä iäkäs potilas, tarkoittaen 75-vuotiasta tai sitä vanhempaa henkilöä. Ikähoivatyöryhmä on päätymässä myös käsitteeseen iäkäs henkilö/asiakas/potilas. Tässä opinnäytetyössä käytetään laatusuosituksen mukaista käsitettä *ikäihminen*, kuvaamaan ikääntyneen henkilön kotiuttamiskäytänteitä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008:3).

Kotisairaanhoito on terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaista terveyskeskuslääkärin, terveydenhoitajan, erikoissairaanhoitajan, sairaanhoitajan ja perushoitajan toteuttamaa hoitoa ja palvelua. Kotisairaanhoidon tavoitteena on tuottaa palveluja henkilöille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan omassa kodissaan, mutta tarvitsevat apua hoitotoimenpiteissä ja voimien seurannassa. *Kotipalvelu* on sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) mukaista toimintaa, jolla tarkoitetaan henkilökohtaisessa hoivassa ja huolenpidossa, asumisessa sekä muissa elämisen toiminnoissa avustamista ja suorittamista. Tavoitteena on auttaa ikäihmisiä, vammaisia tai sairaita selviytymään jokapäiväisistä askareistaan. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistoimintaa kuvataan käsitteellä *kotihoito*.

Kotiutushoitaja toimii vuodeosastolla sairaanhoitajana, jonka vastuualueena ovat erityisesti kotiuttamiset. Hän toimii potilaan/asiakkaan, omaisten, alueiden työntekijöiden, laitosten ja yhteistyökumppaneiden välisenä yhteyshenkilönä. Kotiutushoitaja järjestää ja osallistuu hoitoneuvotteluihin muiden työntekijöiden lisäksi, kun kyseessä on uusi asiakas tai ns. vaativa kotiutus. Kotiutushoitaja osallistuu hoidon, palvelun ja kuntoutustarpeen arviointiin sekä jatkohoidon suunnitteluun. Tärkeä osa työnkuvaa on myös potilaiden/asiakkaiden, omaisten ja muiden yhteistyökumppaneiden neuvonta ja opastus.

Tässä opinnäytetyössä potilaan sairaalasta kotiutumista käytetään kuvaamaan *kotiuttamisen* käsitettä. Kotiuttamista koskevissa tutkimuksissa käytetään käsitteitä kotiutus, kotiuttaminen ja kotiutuminen. Käsitteitä kotiuttaminen ja kotiutus käytetään

yleensä silloin, kun asiaa tarkastellaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kotiutumisen-käsitettä käytetään kuvattaessa kotiutumista asiakkaan näkökulmasta. (Pahikainen 2000, 3.)

2.2 KASTE-ohjelman toimintakykyisenä ikääntyminen - hanke

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE) määritellään sosiaali- ja terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008–2011. KASTE on strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveystoiminnan johtamiseen. Sen päätavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. Tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia ennalta ja puuttamalla niihin mahdollisimman varhain, varmistamalla alan henkilöstön osaaminen ja riittävyys sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon ehyet palvelukokonaisuudet ja hyvät toimintamallit (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008:3).

”Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010–2012” – hankkeen päämääränä on kehittää erilaisia palveluja siten, että Länsi-Suomen alueella valtakunnallisten laatusuosituksen tavoitteet toteutuvat. Hankkeen päätavoitteena on, että ikääntyneillä on mahdollisuus asua kotonaan tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Hankekokonaisuus muodostuu kahdesta eri kehittämisteemasta: 1) neuvontakeskusten perustaminen ja 2) rajapintakäytäntöjen kehittäminen (KASTE-ohjelma 2010, 3).

Hankkeessa ovat mukana kaikki kunnat Satakunnasta sekä osa Varsinais-Suomen kuntia. Hankekokonaisuus on organisoitu kunta- tai kuntayhtymien osaprojekteihin eli pilotteihin. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen pilotissa keskitytään rajapintakäytänteiden kehittämiseen luomalla yhtenäiset ja toimivat käytänteet potilaan kotiuttamiseen vuodeosastolta kotihoitoon. Tämä opinnäytetyö tuottaa hankkeelle tietoa tämänhetkisistä kotiuttamiskäytänteistä sekä kehittämistarpeista Keski-Satakunnassa.

3 ONNISTUNUT KOTIUTTAMINEN

Potilaan kotiutumiseen liittyviä tutkimuksia on tehty useita. Kotiutumista on tutkittu potilaan, hoitohenkilökunnan ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Teija Hammar (2008) keskittyi väitöskirjassaan kotiutumisen kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen. Yhteistä useille tutkimustuloksille on ollut se, että onnistuneen kotiutumisen perusedellytyksinä pidetään hyvää ja riittävää tiedonkulkua, yhteistyötä ja vuorovaikutusta kaikkien eri toimijoiden kesken.

Kotiuttaminen on onnistunutta silloin, kun se suunnitellaan ja dokumentoidaan huolellisesti, lisäksi kotiin tarvittavat palvelut ja hoidot on etukäteen järjestetty. Onnistuneessa kotiuttamisessa ikäihmisen terveys ja toimintakyky eivät kotiuttamisen tuloksena heikkene, eikä hänen tarvitse saman vaivan vuoksi palata lähiaikoina sairaalaan hoitoon. (Nieminen ym. 2002, 9.)

Onnistuneessa kotiuttamisessa keskeistä on varmistaa hoidon ja palvelun jatkuvuus ja turvallisuus. Yhteistyö on laadukkaan kotiuttamisen toteutumisen edellytys. Ikäihmisen elämäntilanne kartoitetaan yhteistyössä moniammatillisesti huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat. Lisäksi järjestetään hänen tarvitsema yksilöllinen hoito- ja palvelu sekä varmistetaan kodin turvallisuus eri alojen asiantuntijoita hyödyntäen. Keskeistä on myös luoda moniammatillinen turvaverkosto toimimaan yhdessä ikääntyneen ja omaisten kanssa. (Voutilainen ym. 2002, 131.)

Yhteistyö ikäihmisen läheisten/omaisten kanssa on merkittävä osa laadukasta kotiuttamista. Suurin osa ikäihmisistä pitää omaa ja läheistensä osallistumista kotiuttamiseen liittyvissä päätöksissä tärkeänä (Grönroos & Perälä, 2002, 1). Potilaan ja hänen läheistensä kanssa tehtävä yhteistyö vaikuttaa positiivisesti turvallisuuden tunteen kokemiseen. Ikäihminen on voimakkaiden tunteiden vallassa kotiutuessaan, jolloin positiivisten odotusten lisäksi kotiutumiseen liittyy usein myös monenlaisia pelkoja. Potilaan läheiset tarvitsevat paljon tietoa ja ohjausta erityisesti kuntouttavan työtteen omaksumiseen. (Voutilainen ym. 2002, 131.)

Onnistunut kotiuttaminen vaatii korkealaatuista hoitotyön toteuttamista. Vaatimuksia ja odotuksia asetetaan potilaan ja hoitohenkilökunnan toimintaan sekä organisaatioon. (Pahikainen 2000, 7, ja Koponen 2003,100.) Vaaditaan yhteisiä toimintaperiaatteita välille, viiveetöntä tiedonkulkua sekä palvelujen yhteensovittamista perustuen kotiutujan yksilöllisiin ja muuttuviin tarpeisiin (Hammar 2008, 56).

Hammarin (2008, 25–27) tutkimuksen mukaan tarvittavien palveluiden järjestäminen asiakkaan kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi on erittäin haasteellinen tehtävä, koska usein puuttuu ammattihenkilö, joka koordinoi nämä kaikki palvelut yhteen. Kunnallisen kotihoidon koordinoimattomuudesta on huolissaan myös Merja Tepponen (2009) väitöskirjassaan. Hän toteaa, että kokonaisuudessaan vanhustenhuollon palvelut ovat liian pirstaleisia. Jokainen toimija tekee työtä oman organisaationsa näkökulmasta ja palvelujen koordinointi on puutteellista (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman, 2009, 11). Myös Payne, Hardey & Colemanan (2000) toteavat henkilökunnan näkökulmasta kotiuttamisen olevan ylimääräinen tehtävä, jonka koordinointi ei ole osana kenenkään toimenkuvaa.

Kotiutuksen kannalta on erityisesti huomioitava tilanteet joissa ikäihminen:

- tarvitsee paljon tukea ja monipuolisia hoitojärjestelyjä,
- on huolissaan kotona selviytymisestä,
- on uusi asiakas avoterveydenhuollossa,
- on ollut laitoshoidossa pitkään tai toistuvasti
- tai hän on saattohoitovaiheessa.

Erytishuomiota on kiinnitettävä myös tilanteissa joissa ikäihmisen

- omainen on huolissaan ikääntyneen kotona selviytymisestä,
- terveydentila on oleellisesti muuttunut laitoshoidon aikana,
- yleiskunto on romahtanut ja kuntoutuminen on kesken,
- kaatumisriski on suuri tai tarvitsemat hoidot ovat erikoishoitoja (Ahonen ym. 2002, 129.)

Kotiuttamisprosessin keskeisin tavoite on helpottaa potilaan siirtymistä ympäristöstä toiseen. Kotiuttamisprosessiin kuuluvat suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Rauhasalo, 2003, 31.)

3.1 Kotiuttamisen suunnittelu

Kotiuttamisen suunnittelu tulee aloittaa hyvissä ajoin ja siihen tulee varata riittävästi aikaa ja resursseja. Onnistuneen kotiuttamisen suunnittelu sisältää potilaan kokonaisu-tilanteen arvioinnin ja suunnitelman jatkohoitotarpeista perustuen moniammatilliseen yhteistyöhön (Koponen 2003, 20,22.) Hyvin suunniteltu kotiuttaminen vähentää kustannuksia huomattavasti. Päätöksen kotiuttamisesta tekee hoitava lääkäri, mutta yksilövastuisen hoitotyön myötä kotiutusprosessin käynnistäminen ja lääkärin informointi kotiuttamissuunnitelmasta on yhä enemmän siirtynyt omahoitajien ja kotiutushoitajien vastuulle.

Kotiuttamisen suunnitteluun osallistuu myös itse ikäihminen ja mahdollisesti hänen läheisensä. Avun ja palveluntarpeen lisäksi huomioidaan ikäihmisen toimintakyvyn eri ulottuvuudet, voimavarat, elämäntilanne ja elinympäristö. Ikäihmisen oma tuntemus psyykkisestä ja henkisestä toimintakyvystä on tärkeää (Taavitsainen 2008, 10).

Esimerkiksi vuodeosastohoidon aikana toteutettavalla yhteisellä kotikäynnillä on mahdollisuus selvittää apuväline- sekä asunnon muutostarpeet. Kotikäynnille voi osallistua yksilöllisten tarpeiden mukaisesti esimerkiksi sosiaalityöntekijä, vammais- palveluiden työntekijä, kodinhoitaja, fysioterapeutti sekä asiakas ja omaiset. Tällöin mahdolliset muutostyöt esimerkiksi kynnyksen poisto ehditään suunnitella ja tehdä jo ennen kotiuttamista. Myös muiden apuvälineiden osalta kartoitetaan tilanne ja tarve. Rollaattorit, kaiteet, kahvat, tukitangot ja viestinnän apuvälineet ovat itsenäistä selviytymistä tukevia apuvälineitä. Henkilökohtaisia apuvälineitä ovat esim. nilkka-, polvi- ja selkätuet sekä lonkkahousut. Muita apuvälineitä ovat esim. suurennus- ja silmälasit sekä kuulolaitteet. Sairaalahoidon aikana tulee harjoitella tarvittavien apuvälineiden käyttöä jo hyvissä ajoin ennen kotiuttamista. (Voutilainen ym. 2002, 130.)

Kotona oloa on mahdollista kokeilla myös ennen varsinaista kotiuttamista ns. viikonloppulomilla muutaman päivän ajan. Kotiloman avulla saadaan paljon arvokasta tie-

toa, jonka avulla arvioidaan ikäihmisen selviytymistä sekä palveluiden tarvetta. (Perrälä & Hammar 2003, 28.)

3.2 Kotiuttamisen toteutus ja arviointi

Kotiutettaessa arvioidaan ikäihmisen hoidon- ja palveluntarvetta, hänen oma toimintakyky ja voimavarat huomioiden. Kotihoito toteutetaan yksilöllisesti potilaan tilanteen ja tarpeen mukaan. (Hammar 2008, 26–27.) Hyvin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma sekä joustava tietojen siirto ovat turvaamassa hoidon jatkuvuutta (Pahikainen 2000, 20). Uusien sairaalajaksojen välttämiseksi on tärkeää varmistaa potilaan ja/tai hänen läheistensä riittävä tietämys lääkehoidosta sekä antaa kirjallisesti ja suullisesti riittävästi kotihoito-ohjeita (Pahikainen 2000, 12–15).

Usein ikäihmisen kotiuttamisprosessia arvioidaan kotihoidon henkilökunnan toimesta, mutta arviointi voi tapahtua myös kotiutushoitajan toimesta (Hammar 2008, 27). Aikaa arvioinnin järjestämiseen ei koeta olevan riittävästi. Koposen (2003) tutkimuksen mukaan potilaat kaipasivat enemmän huomiota psyykkisten oireiden huomiomisessa ennen kotiuttamista. Lisäksi he kaipasivat tietoa hoidon haittavaikutuksista, fyysisestä kunnosta, sairaudesta ja sen riskitekijöistä sekä toipumisesta. (Koponen, 2003,16.) Kotiutusprosessin haasteena ovat koko ajan lyhenevät vuodeosastohoitojaksot. Lisäksi kotiutusprosessin epäonnistumisen taustalla on usein ikäihmisen kotiuttaminen liian huonokuntoisena tai palvelutarpeen virheellinen arviointi. (Hammar 2008, 27 & Koponen 2003, 26–28.) Kotihoidon henkilökunnalle ja ikäihmiselle epäkriisien tai jatkohoito-ohjeiden puutteellisuus tuottaa ongelmia (Pahikainen 2000,1).

Koposen (2003) tutkimustulosten mukaan ikäihmisen kokemuksiin kotiutumisen onnistumisesta ovat vaikuttaneet ikäihmisen oma mahdollisuus osallistua kotiutuksen suunnitteluun, hoidon jatkuvuus ja oikein kohdennetut koti- ja tukipalvelut, riittävä tiedonsaanti, yhteistyö eri sektoreiden kanssa sekä tehokas tiedonkulku. (Koponen 2003, 14–15.) Systemaattisella arvioinnilla kyetään kehittämään kotiuttamisprosessia. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan jatkuvasti korkealaatuisen hoitotyön kehittämistä, jossa ikäihmisen omat kokemukset ovat merkityksellisiä (Pahikainen 2000, 7).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen käytännöt kotiuttamistilanteissa vuodeosastolta kotihoitoon sekä luoda kehittämissuhteeksi toimivat, yhtenäiset ja turvalliset käytännöt asiakkaan kotiutumiseksi.

Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten asiakkaan kotiutuminen vuodeosastolta jatkohoitoon toteutuu kolmen kunnan alueella?
- 2) Miten turvataan sujuva potilaan kotiutuminen yhtenäisin perustein Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella?

4.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Päädyin teemahaastatteluun, koska tavoitteenani oli saada syvällistä tietoa kotiuttamiseen liittyvistä käytännön asioista. Lisäksi haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa laajemmin kotiuttamisesta jolloin saatiin lisätietoa myös teemakysymysten ulkopuolelta. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu perustuu avoimuuteen. Haastattelijan rooli on aktiivinen vuorovaikutussuhde haastateltavien ja haastattelijan välillä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 93–98.) Haastattelijana olin etukäteen tutustunut aiheeseen ja aikaisempiin kotiuttamista koskeviin tutkimuksiin. Kotiuttamisteeman keskeisimmistä osista, rakenteista, prosesseista ja kokonaisuudesta muodostui ns. tilanneanalyysi. Tästä kokonaisuudesta rakentui opinnäytetyön haastattelurunko, jonka avulla etsittiin vastauksia tutkimusongelmiin (Hirsjärvi & Hurme 2001, 41–47.) Haastatteluissa esitettyjen kysymysten määrä ja sisältö vaihtelivat. Tavoitteena oli saada lisä- ja apukysymysten avulla haastateltavat kertomaan asioista mahdollisimman konkreettisesti, tarkasti ja kuvaavasti.

Teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina (3) sekä aineistoa täydentävänä yksilöhaastatteluna (1), koska keskeinen kotiutusprosseihin osallistuva henkilö oli estynyt osallistumasta ryhmähaastatteluun. Haastateltavia oli yhteensä 11.

4.3 Aineiston keruu ja haastateltavien valinta

Haastateltavien valinta tapahtui harkinnanvaraisena otantana. Haastateltaviksi valittiin henkilöitä kolmen kunnan alueelta, joilla oli kokemusta kotiuttamisprosesseista sairaalasta kotiutettaessa sekä kotiutusten vastaanottamisesta kotihoidossa. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen. Haastateltavien anonymiys turvattiin kaikissa prosessin vaiheissa. Nauhoitetut haastatteluaineistot hävitettiin asianmukaisesti litteroinnin jälkeen ja haastattelutuloksista ei voida yksittäistä vastaajaa tunnistaa. Tärkeää oli, että tutkimukseen osallistuvilla oli kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2003,88). Haastateltavat kertoivat omilla ilmaisutavoillaan kohteena olevaan ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan (Janhonen & Nikkonen, 2003,126).

Haastateltaville toimitettiin saatekirje (Liite 1) hyvissä ajoin ennen haastattelua. Saatekirjeessä esiteltiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä teemahaastattelurunko (Liite 2). Teemahaastattelurunko perustui aikaisempiin tutkimustietoihin sekä haastattelijan omaan tuntemukseen ilmiöstä. Teemahaastattelurungon toimivuutta ja ymmärrettävyyttä esiteltiin ennen varsinaisia haastatteluja kahdella eri henkilöllä, joista toisella on laajaa kokemusta hoitotyön kehittämistyöstä. Teemahaastatteluille varattiin aikaa noin kaksi tuntia/haastattelu. Haastattelut suoritettiin 28.2.2011 Kokemäellä Palvelukeskus Henrikinhovissa, 1.3.2011 Harjavallan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, 7.3.2011 Nakkilan kotipalvelutoimistolla sekä 15.3.2011 Harjavallan sosiaalikeskuksessa.

Haastattelujen aluksi selvitettiin tarkemmin tutkimuksen kulkua ja sen aikataulua. Kaikki haastattelutilanteet eivät sujuneet täysin rauhallisina. Kahdessa haastattelutilanteessa ilmeni ulkopuolisista häiriötekijöistä kuten puheluista ja ulkopuolisista vierailijoista. Haastattelupaikat olisi pitänyt valita toisella tavalla, jotta häiriötekijät olisi saatu minimoitua ja hoitohenkilökunnan keskittyminen haastatteluun olisi tur-

vattu. Teemahaastattelut nauhoitettiin kaikkien osallistujien suostumuksella. Nauhoitukset onnistuivat hyvin.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Puhtaaksikirjoittamiseen eli litterointiin osallistui tutkimuksen ulkopuolinen henkilö, joka kirjoitti haastattelut puhtaaksi tarkkojen ohjeiden mukaan sanasta sanaan (Hirsjärvi & Hurme 2001, 140). Taukoja ei kirjattu. Litteroitua materiaalia kertyi 86½ sivua (A4), joissa fonttikoko oli 12 ja riviväli 1 ½. Haastatteluiden ja litteroidun tekstin yhdenmukaisuus tarkastettiin ennen aineiston analyysiä. Aineiston luokittelu aloitettiin lukemalla koko haastatteluaineisto kahteen kertaan.

Analysointi toteutettiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä on mahdollista tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä nostaa esiin piileviä tosiasioita (Anttila 2006, 292) sekä saada aikaan tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkimuskohteesta. Aineistoa on mahdollista analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 103–104.) Sisällönanalyysin toteutin aineistolähtöisesti eli etsin vastauksia tutkimuskysymyksiin yhdistelemällä käsitteitä ja jäsentelemällä litteroidusta materiaalista ylä- ja alaluokkia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 147, Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108). Käytännössä alleviivasin aineistosta tutkimuksen kannalta olennaiset asiat ja muodostin niistä tiivistelmän erilliselle paperille.

Tämän jälkeen etsin tutkimusaineistosta samankaltaisuuksia ja yhteneväisiä tekijöitä jotka kuvasivat kokemuksia asiakkaan kotiuttamisesta jatkohoitoon ja sujuvan kotiuttamisen kehittämistarpeita. Määrittelin analyysiyksiköiksi lauseet, lauseen osat sekä asiakokonaisuudet. Näistä samankaltaisuuksista muodostui samansisältöisiä yläluokkia, joista esimerkki tutkimustuloksissa, (kohdassa 5.1.6 Tiedonkulku).

Aineiston analysointiprosessi aloitettiin maaliskuussa 2011. Tutkimustuloksia analysoitaessa muutamia tarkentavia kysymyksiä esitettiin vielä puhelimitse kahdelle haastatteluun osallistuneelle. Keskeisimmät tutkimustulokset julkaistiin kotihoidon ja vuodeosastojen henkilöstölle yhteisessä kokouksessa 13.4.2011 sekä sovittiin jatko-toimenpiteistä erityisesti hoitoneuvottelujen järjestämiseksi. Yhteispalaveri oli onnistunut, paikalla oli yhteensä 48 ammattilaista. Osallistujia oli Keski-Satakunnan ter-

veydenhuollon kuntayhtymän kaikkien kuntien kotihoitoyksiköistä ja terveyskeskusten vuodeosastoilta. Edustettuina olivat ammattilaiset työntekijätasosta ylempiin joh-tohenkilöihin asti. Tutkimustulokset olivat lopullisesti koottuna elokuussa 2011.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatteluihin osallistui yhteensä 11 henkilöä. Haastateltavat työskentelivät Harjavallan ja Kokemäen vuodeosastoilla, kotisairaanhoidossa, kotipalvelussa sekä sosiaalitoimessa. Ammatiltaan he olivat kodinhoitajia, kotisairaanhoidajia, sosionomeja, sairaanhoitajia, osastonhoitajia sekä lähihoitajia. Haastateltavista suurimmalla osalla oli yli kymmenen vuoden työkokemus. Vuodeosastojen työnjakomallit erosivat toisistaan. Kokemäen vuodeosastolla työskennellään kahdessa kiinteässä hoitovastuuryhmässä ja Harjavallassa on käytössä moduulimalli sekä omahoitajajärjestelmä. Molemmilla osastoilla on nimetty kotiutusohitajaksi yksi osaston sairaanhoitajista. Kokemäellä kotiutusohitaja työskentelee pääsääntöisesti päivävuoroissa ja Harjavallassa kotiutusohitaja työskentelee kolmivuorotyössä.

Tutkimusta suunniteltaessa oli käsitys, että kuntien välisessä kotiuttamisprosessissa ja sen sujuvuudessa on suuria ja merkityksellisiä eroja. Haastatteluissa kävi ilmi, että Kokemäellä on kotiuttamisteemaan perehdytty vuodesta 2008 alkaen. Harjavallassa ja Nakkilassa kotiutusasioihin ollaan juuri tällä hetkellä etsimässä ja kokeilemassa erilaisia käytänteitä. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut vertailla kuntien välisiä eroja, vaan löytää toimivat käytännöt ja niitä jalostamalla muodostaa yhtenäiset kotiuttamiskäytännöt koko kuntayhtymän alueelle.

Tutkimustulokset esitetään yhdistävinä luokkina, jotka ovat kotiuttamisen käytänteiden toimivuus ja kotiuttamisen kehittäminen. Kotiuttamisen yhtenäistämiseksi ja kehittämiseksi keskeisimpänä asiakokonaisuutena korostui hoitoneuvottelujen järjestäminen, jossa yhdistyy riittävän ja monipuolisen tiedonkulun turvaaminen, moniammatillisuuden hyödyntäminen, kokonaisvaltaisuuden huomioiminen sekä hoidon jatkuvuus. Hoitoneuvottelujen järjestämisen helpottamiseksi oli jo käytössä hyvää materiaalia.

Tutkimuksen haastatteluaineisto koostui neljästä eri ryhmähaastattelusta, joten suoriin lainauksiin on lähdeviitteeksi nimetty ryhmät yhdestä neljään (R 1-4).

5.1 Kotiuttamisen käytänteiden toimivuus

Osa haastateltavista koki selkeänä puutteena sen, ettei kotiuttamista ole viime aikoina kehitetty vaan jokainen työntekijä on omaksunut omat tavat toimia parhaaksi katsomallaan tavalla. Tällöin jo työnjaon ja koordinoinnin puutteet vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Toisaalta osa vastaajista koki, että heillä käytössä oleva työnjakomalli kotiuttamisissa edesauttaa hyviä kotiuttamisia.

Keskeisimmät tutkimustulokset olivat kotiuttamisen käytänteiden toimivuudesta yhteydessä osaamiseen ja ammattitaitoon, rooleihin sekä resursseihin. Lisäksi keskeisiksi osa-alueiksi kotiuttamisen käytänteitä ja toimivuutta kuvaamaan muodostuivat suunnitelmallisuus, yhteistyö ja tiedonkulku.

5.1.1 Osaaminen ja ammattitaito

Kotiuttamisprosessiin osallistuvien ammattilaisten kokoonpanoissa oli suurta vaihtelua eri kuntien kesken. Haastateltavat kokivat omalla asenteella ja osaamisella olevan suurta merkitystä kotiuttamisprosessin sujuvuuteen.

”...mein täytyy niin kun tosi paljon siinä omaa asennettakin muuttaa, että yhä huonompikuntoisia me joudutaan nopeammalla aikavälillä kotiuttamaan. Mutta sitten taas täytyy tietysti olla siellä kotihoidossa niitä resursseja...” (R4)

Haasteellisempienkin kotiuttamisten koettiin olevan hyvin hallittavissa mikäli ammattitaitoa ja osaamista oli riittävästi käytettävissä. Hoitohenkilökunnan aikaisempi työkokemus koettiin merkityksellisenä. Kotiuttamisen käytänteisiin vaikutti pitkälti myös työntekijöiden omat asenteet.

” Ajatus siitä, että kun potilas tulee (sairaalahoittoon), että se myöskin lähtee täältä omaan kotiinsa.” (R4)

”...hirveän hyvä, että on rava ja muistitesti esimerkiksi tehty (kotiutusasioita suunniteltaessa).” (R4)

Kotiuttamisprosessista vastaavan henkilön toivottiin olevan kokenut hoitaja, jolla on laajaa näkemystä ja osaamista sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Lisäksi hänellä toivottiin olevan hyvät vuorovaikutustaidot ja riittävästi rohkeutta.

5.1.2 Roolit

Epätietoisuus toistensa työnkuvista ja toimintatavoista vaikeutti kotiuttamisprosessia työntekijöiden kertoman mukaan. Osa haastateltavista koki, että kotiutushoitajan rooli on vielä kehittymätön ja epäselvä, se koettiin osittain jopa vieraana. Myös vuodeosastojen yhteisen sosiaaliohjaajan työnkuva oli ns. kuntakohtainen ja tarpeiden mukaan räätälöity. Kokonaisuudessaan vastuunjaossa eri toimijoiden kesken oli puutteita. Työntekijöiden vaihtuvuus koettiin kotiuttamisprosessin laatua heikentävänä tekijänä.

Haastateltavat toivoivat, että heillä on selkeästi määritelty yksi taho, omahoitaja tai kotiutushoitaja joka koordinoi koko kotiuttamisprosessia. Hoitajat kokivat toisinaan tekevänsä päällekkäistä työtä epäselvien toimenkuvien vuoksi. Suuri osa hoitajista toi esille kuitenkin sen, että kotiuttamisen asiat kuuluvat hoitajan perustyötehtäviin. Koettiin, että vain osa kotiuttamisista vaatii erityistoimenpiteitä ja esim. kotiutushoitajan työpanosta.

Eri ammattihenkilöiden erityisosaamisalueita ei kyetty hyödyntämään riittävän hyvin, vaikka ne koettiin tarpeellisina. Erityistyöntekijöiden yhteystiedot, toimintatavat ja toimintaympäristöt eivät olleet tiedossa. Säännöllisiä tapaamisia, keskustelua ja toistensa tuntemista oman yksikönkin sisällä kaivattiin enemmän. Lääkäreiden toimenkuva kotiuttamisprosesseissa koettiin selkeänä. Toisaalta lääkäreiden jatkuva vaihtuminen vaikutti negatiivisesti yhteistyöhön.

”...sieltä tulee lääkäri joka päättää sen, että on kotiutuskuntoinen tai hoitajat kysyy lääkäriltä, että ollaanko siinä vaiheessa, että voidaanko alkaa kotiuttamaan.” (R4)

Toisten työnkuviin ja osaamisalueisiin tutustuminen koettiin tarpeelliseksi ja asiakkaan/potilaan kokonaisvaltaista hoitoa lisääväksi tekijäksi.

”...kaikilla on se oma siivu siinä mitä tehdään, mutta yhteistyössä toki...” (R2)

5.1.3 Resurssit

Resurssit kotiuttamisprosessin toteuttamisessa vaihtelivat kunnittain. Osa vuodeosaston henkilökunnasta koki, ettei kotihoidossa ole riittävästi resursseja kotiutujan vastaanottamiseksi ja hoidon laadun turvaamiseksi. Samoin osa heistä koki omat resurssinsa vuodeosastolla rajallisiksi ja riittämättömiksi. Nimetyille kotiutusvastuuhoitajille annetut resurssit ja työvälaineet olivat erilaiset eri kunnissa. Oma työpuhelin ja työvuorosunnitteluissa huomioitu kotiutusprosesseihin käytettävä aika koettiin erittäin toimivaksi.

”...me pystytään kyllä niin kun sitten järjestämään sitä resurssia.” (R3)

”...tietää aina kenelle soittaa ja mistä saa kiinni...” (R1)

”...meillä on oma fysioterapeutti (kotioidossa)...” (R2)

Osittain kotiutushoitajan työskentelyn mahdollistamiseen oli jo kiinnitetty huomiota esimerkiksi työvuorosunnittelulla ja selkeällä tehtävän jaolla.

”...silloin kun on joku tällöinen kotiutusasia hoidettavana, niin hänen ei tarvii mieltä, tuleeko ne potilaat siellä pestyä.” (R2)

5.1.4 Suunnitelmallisuus

Haastatteluaineiston analysoinnin perusteella voidaan todeta, että usein kotiuttamistoimenpiteet osastolla aloitetaan liian myöhään kotihoidon ja vuodeosastojen henkilökunnan näkökulmista. Kotiuttamisen suunnitteluun käytetään usein liian vähän aikaa.

”...saatetaan soittaa, että potilas tulee kotiin iltapäivällä. Tai eilen, että tulee tänään...” (R3)

”...jossain vaiheessa herätään, että tääkin on ollu täällä vaikka kuinka kauan (potilas osastohoidossa), että nyt täytyis ruveta miettimään, että voiko se mennä vielä kotiin...” (R4)

Noin puolet haastateltavista oli sitä mieltä, että ikäihmisen kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan potilaan saapuessa osastolle. Kotiuttamisen suunnitteluun ei ollut käytettävissä riittävästi aikaa. Työnjako kotiuttamiseen liittyvissä asioissa koettiin kesken-eräiseksi. Usein puuttui tietoisuus siitä, kenen vastuulla on hoitaa kotiuttamiseen liittyvät asiat. Kotiutusasioita järjesteltiin sattumanvaraisesti tarpeen ja työvuorojen mukaan. Kotiuttamiseen osallistui useita eri henkilöitä ja ammattikuntia. Osa potilaista kotiutettiin nopealla aikataululla, koska jatkohoitopaikkoja ei ollut käytettävissä ja erikoissairaanhoidosta oli jo siirtymässä uusia potilaita terveyskeskuksen vuodeosastohoitoon. Toisaalta osa haastateltavista koki, ettei heillä ole riittävästi aikaresurssia käytettävissä kotiuttamisen suunnitteluun ja mahdollisen hoitoneuvottelun järjestämiseen eikä kotiutushoitajan toimenkuva ole riittävän selkeä.

”...ihan turha on kauhean nopealla tempolla mitään tehdä...” (R2)

”...ei sillä päivälläkään oo sit periaatteessa niin suurta merkitystä, että vaikka se olisi perjantai-iltapäivä, jos se on hyvin suunniteltu.” (R3)

Lähes kaikki haastateltavista kokivat, että selkeällä työnjaolla ja hyvin järjestetyillä hoitoneuvotteluilla kyetään turvaamaan asiakkaan onnistunut kotiuttaminen. Hoitoneuvottelut koettiin erittäin tarpeellisiksi haastavissa kotiuttamisissa sekä niiden potilaiden kohdalla jotka ovat uusia kotihoidon asiakkaita. Hoitoneuvottelujen järjestämiseen kaivattiin edelleen selkeyttä ja yhteistyön laajentamista. Hoitoneuvottelujen järjestämisaktiivisuus vaihteli huomattavasti eri kunnissa.

”...me ei kotisairaanhoidosta millään luovuttaisi näistä hoitoneuvotteluista. Me ollaan oltu niin tyytyväisiä. Se on paljon helpottanut meidän työtä. Mä en tiedä, me vaan saadaan niin valmis paketti että...ja voidaan keskittyä heti siihen omaan työhön...” (R1)

5.1.5 Yhteistyö

Yhteistyö osastojen ja kotihoidon välillä vaihteli suuresti. Toiset kokivat yhteistyön hyvin luontevaksi tavaksi työskennellä onnistuneen kotiuttamisen eteen ja toiset taas kokivat vaikeaksi esimerkiksi yhteydensaamisen kotihoitoon. Yhtenäisen tietojärjestelmän puuttuminen kokonaan tai sen vähäinen hyödyntäminen koettiin vaikeuttavan yhteistyötä.

Eri ammattikuntien välisen yhteisen ”kielen” ja yleisen keskustelun puuttuminen koettiin haasteelliseksi. Haastateltavat kokivat, että sosiaali- ja terveystieteiden on usein erilaiset käsitykset ja näkökulmat asiakkaan/potilaan arjessa selviytymiseen.

”...me katsotaan niin eri näkökulmasta...kulkee niitä sileitä käytäviä pitkin siellä...(ja hoitajat informoi) Ei tarvitse apuja, omatoiminen...lähes omatoiminen...”
(R3)

Lisää yhteistä keskustelua ja yhtenäisiä palaverikäytäntöjä kaivattiin sekä vuodeosastoille että kotihoidon ja sairaalahoito välille.

”Mä ainakin olettaisin, että pystyttäisiin keskustelemaan.” (R3)

5.1.6 Tiedonkulku

Tiedonkulkua vaikeutti sosiaali- ja terveystoimen välinen kirjaamiskäytäntöjen erilaisuus. Sosiaalitoimessa sähköiseen kirjaamiskulttuuriin ollaan vasta siirtymässä kun taas terveydenhuollossa se on ollut käytössä jo pitkään. Kaikissa kunnissa ei ole vielä mahdollisuus hyödyntää yhtenäistä tietojärjestelmää terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä. Koulutuksia yhteisen tietojärjestelmän käyttöönotosta on osittain kuntayhtymän alueella jo järjestetty ja niitä jatketaan edelleen.

Nykytekniikan hyödyntämiseen on kiinnitetty huomiota hankkimalla esim. kannettavia ATK-laitteita.

”...päästään siihen nykyaikaan ja osataan sitä hyödyntää.” (R2)

Osa haastateltavista koki, että tiedon siirto toimii hyvin erityisesti moniammatillisissa hoitoneuvotteluissa.

”...paljon olis semmoista tietoa, mitä voidaan siirtää siitä (hoitoneuvottelussa) jo sinne kotihoitoon.” (R3)

Tiedon välittymisen haasteet koettiin hoitotyötä vaikeuttavana, kotiuttamisprosessia hidastavana ja laatua heikentävänä tekijänä. Ikäihmisen näkökulmasta haasteet tiedonkulussa heikentävät turvallisuuden tunnetta.

”...henkilöt vaihtuu ja muuta...niin sitten turvaisi sitä tiedonsiirtoa...kotihoitossakin välittömästi jo iltavuorolaiselle...(kirjalliset selkeät lomakkeet)...”
(R2)

Kotihoiton asiakkailta saattaa olla useiden eri lääkäreiden määräämiä lääkkeitä. Kotihoiton työntekijöillä ei ole aina riittävästi tietoa asiakkaan lääkehoidosta ja sen muutoksista. Yhtenevää käytäntöä lääkehoidon toteutumisesta ei ole käytössä ja omaisten merkitys lääketurvallisuuden parantamiseksi jää usein hyödyntämättä.

”...just tähän lääkitykseen...ylipäättään siihen...kehitettävää lähinnä tiedottamiseen niistä. Reseptit ei saisi olla eri tavalla, kun sitten on lääkelistat.” (R1)

”...jos ollaan niin kun hirveän huonojen tietojen varassa, että mitä on hoitojaksolla ollut tai lääkityksiä ei ole suunniteltu...jos meillä on kolme erilaista lääkelistaa esimerkiksi...Se ei ole ollenkaan tavatonta.” (R4)

Tiedonkulussa hyödynnetään edelleen paljon perinteisiä viestintämenetelmiä.

”...tulovaiheessa sitä (tietoja) täydennetään. Jos potilas ei itse pysty sanomaan, niin sitten kysytään kotipalvelulta, kotisairaanhoidolta tai omaisilta.” (R2)

5.1.6.1 Esimerkki analyysin etenemisestä

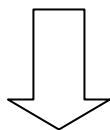
Vastaukset tutkimuskysymyksiin etsittiin haastatteluaineiston ilmaisuista, ns. pelkistyksiä tekemällä ja etsimällä näistä samankaltaisuuksia ja muodostamalla niistä alaluokkia. Alaluokista muodostui yläluokat.

Ilmaukset:

- ”...jos ollaan niin kuin hirveän huonojen tietojen varassa...(hoidon onnistuminen)”*
- ”Me pistetään tiedot potilaasta mukaan.”*
- ”Ei tiedetä aina kenelle pitäisi ilmoittaa, eikä saada kiinni.”*
- ”Aiemmin otettiin yhteyttä puhelimitse ja nyt kirjataan SOS-lehdelle.”*
- ”...hoitajat lukee hyvin SOS-lehteä.”*

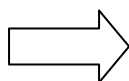
”Hoito- ja palvelusuunnitelma ei käytännössä kulje mukana.”

”papereita (turvapuhelinhakemukset, suoraveloitukset yms.) täytellään jo hoitoneuvottelussa.”



Ilmauksista muodostui pelkistetyt alaluokat:

- * Kirjallinen ja suullinen informointi
- * Yhteystiedot
- * Tiedon välittymisen vaikeudet
- * Yhteiset palaverikäytänteet
- * Erilainen ammattikieli
- * Tiedonkulun toimivuus



Alaluokista muodostui yläluokat:

- * Yhteinen tietojärjestelmä
- * Yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma
- * Säännöllinen yhteydenpito

5.2 Kotiuttamisen kehittäminen

Tärkeänä kehittämisen perusedellytyksenä nähtiin yhteistyön tiivistämistä kotihoidon ja vuodeosastojen välillä. Säännölliset yhteispalaverit ja yhteiset koulutukset koettiin yhteistyötä lisäävänä tekijänä ja samalla tutustumista ja yhteydenottoja helpottavina tekijöinä. Yhteistyön lisäämistä kotiuttamisprosessin kehittämiseksi kaivattiin myös omien työyksiköiden sisällä. Työn johdolle asetettuina toiveina esiin nousivat työntekijöiden jaksamisesta huolehtiminen, yhteistyöpalaverien mahdollistaminen, koulutusten järjestäminen, vastuunjaon selkiinnyttäminen sekä yleisen ilmapiirin luominen kannustavaksi kotiuttamisprosesseissa.

”Kaikki me se saman asiakkaan eteen niitä töitä tehdään.” (R4)

Tutkimustulosten mukaan hoitoneuvottelujen järjestäminen helpottaisi käytännössä ikäihmisen siirtymistä kotihoitoon varmistamalla molemminpuolista tiedonkulkua, avoimuutta ja selkeyttä sekä turvaamalla yksilöllisyyden huomioimisen kotiuttamislanteissa. Hoitajat toivoivat hoitoneuvottelujen lisäksi selkeyttä työnjakoon, ohjeistusta siihen missä tilanteissa ja kenelle hoitoneuvottelu järjestetään, mikä on hoitoneuvottelun sisältö ja miten ja mihin tiedot kirjataan.

” ...luottamussuhde pystytään luomaan heti siinä...tulee sellanen olo, että nää hommat on hanskassa nytten...” (R1)

Lähes kaikki haastateltavista kotihoidossa ja vuodeosastoilla kokivat erityisesti kotiutusvastuuhoitajan työnkuvan selkiytymisen tärkeäksi. Koettiin, että kotiutushoitajalla tulee olla aikaa kotiutusasioiden suunnitteluun ja mahdollisuus irrottautua sairaanhoitajan perustehtävistä nimenomaan kotiuttamisprosessin eteenpäin viemiseen. Hänet tulee olla helposti tavoitettavissa omasta työpuhelimestaan ja yhteystiedot tulee olla kotihoidossa sekä omaisilla tiedossa. Kaivattiin kirjallista toimenkuvausta kotiutusvastaavalle/kotiutushoitajalle.

”...kotiutushoitaja paneutuis ihan oikeesti siihen asiaan...selvittelisi millaiset kotiolut...omaiset jne, niin kyllä tienaisi palkkansa...” (R3)

Kotihoitoon nimetty kotiutusvastuuhoitaja/-t koettiin myös erittäin tarpeelliseksi yhteydenpidon, tiedonkulun, hoidon jatkuvuuden, turvallisuuden ja asiakastyytyväisyyden kannalta. Lisäksi kaivataan yhteystietojen päivittämistä. Sosiaaliohjaajan työpanoksen koettiin täydentävän oleellisesti kotiuttamisprosessia, mikäli potilaan tilanne vaatii sosiaalietuuksien selventämistä tai muuta sosiaalialan erityisosaamista.

Kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämisen koettiin selkeyttävän työnjakoa, mahdollistavantiedonkulkua ja lisäävän samalla kotiutettavan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista ja turvallisuuden tunnetta.

”...meillä on oma kirjaamiskäytäntö taas (kotihoidossa)...ei paperia paperin perään...meidän täytyy kumminkin hopsu tehdä (hopsu=hoito- ja palvelusuunnitelma)...” (R3)

6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tutkimustulokset nostivat selkeästi esiin hoitoneuvottelujen järjestämisen tärkeyden osana laadukasta kotiuttamista. Näkemykset olivat yhteneväisiä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan ja kotihoidon ammattilaisten kesken. Haastattelujen perusteella

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueelle ehdotetaan oheista kotiuttamisohjeistusta.

6.1 Yhteinen kotiuttamisohjeistus

Haastattelutuloksien pohjalta laadin ns. kotiuttamisen prosessikaavion havainnollistamaan prosessin moniulotteisuutta ja merkityksellisyyttä (Liite 3).

Prosessikaavion kohta 1). Päävastuu kotiuttamisessa tulee olla osaston hoitohenkilökunnalla joka hoitaa potilasta päivittäin. Mikäli potilas on jo osastolle tullessaan ollut kotihoidon asiakas, hänen mukanaan on toimitettu kotihoidon lähete (Liite 4), johon on kirjattu oleelliset ja tärkeät tiedot potilaan tilanteesta. Kotihoidon lähete täytetään jokaisesta kotoa sairaalahoitoon lähetettävästä asiakkaasta.

Prosessikaavion kohta 2). Kotiuttamisen suunnittelu tulee aloittaa heti potilaan saapessa osastolle. Tulohaastattelussa tiedot päivitetään. Tulohaastattelussa kirjataan Pegasos-ohjelmaan potilaan tulotilanne, hoidon tavoitteet sekä tarkastetaan ja päivitetään kaikki yhteystiedot. Potilas ja omainen/omaiset otetaan mukaan kotiuttamisen suunnitteluun.

Prosessikaavion kohta 3). Palvelutarveselvitys. Potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja voimavarat on selvitetty esim. havainnoimalla, haastatellamalla ja erilaisilla tutkimustuloksilla (esim. RaVa-toimintakykymittari, MMSE-muistitesti, Braden, Depressioseula). Hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä ja muiden työntekijöiden erityisosaamisalueita. Tehdään kotiuttamissuunnitelma aika-tila-alueineen yhdessä potilasta ja omaisia kuunnellen. Tehdään tarvittavat toimenpiteet kotiuttamisen mahdollistamiseksi, esimerkiksi kotikäynti ja mahdolliset asunnonmuutostyöt sekä apuvälinehankinnat. Mikäli kotiuttamista suunniteltaessa ilmenee jotakin erityistä, potilaan hoitaja ottaa yhteyttä kotiutusohitajaan joka auttaa ja tarvittaessa jatkaa potilaan onnistunutta kotiuttamisprosessia. Merkittävä osa järjestettävistä kotiuttamisista ei tarvitse erikseen kotiutusvastuuhoitajan työskentelyä vaan potilaat siirtyvät takaisin kotiinsa asumaan itsenäisesti tai järjestettyjen tukipalvelujen avulla. Kotiutusvastuuhoitajan toimenkuvaus tulee suunnitella ja laatia kirjallisena

yhteistyössä koko hoitohenkilöstön kanssa. Myös muiden toimijoiden toimenkuvat tulevat tarkastaa ja yhteystiedot päivittää.

Prosessikaavion kohta 4). Jatkuva arviointi, kirjaaminen. Kotiuttamisprosessia jatketaan koko osastohoidon ajan ja kuljetaan yhdessä kohti asetettuja tavoitteita. Osallistetaan, aktivoidaan ja rohkaistaan potilasta ja omaisia. Arvioidaan potilaan kokonaistilannetta realistisesti ja järjestetään tarvittavat tukitoimet arvioinnin perusteella.

Prosessikaavion kohta 5). Siirtotiedot kirjallisesti ja suullisesti. Potilaan kotiutuessa aikataulutetun kotiutussuunnitelman mukaisesti kotihoidon henkilökuntaa ja omaisia informoidaan riittävän varhain ja hyvin kotiuttamiseen liittyvistä asioista. Kotihoidolle ja potilaalle itselleen annetaan riittävät tiedot potilaan sairauden hoidosta (hoito-ohjeet). Hoitotyön yhteenveto ja muut tarvittavat hoitotiedot ja lääkelistat tulostetaan kirjallisena tietona potilaan kotiutuessa.

Haastatteluaineiston asiakokonaisuuksien pohjalta kotiuttamisen ohjeistukset ja toimintasäännöt voidaan tiivistää seuraaviin osa-alueisiin:

1. Suunnittelu

Kotiutussuunnitelma tehdään osana hoitosuunnitelmaa

- Potilasta, omaisia ja muita hoitoon osallistuvia haastatteleamalla kartoitetaan potilaan kokonaistilanne (Fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen).
- Kartoitetaan potilaan ja omaisten mielipide palvelujen tarpeesta/riittävydestä
- Huomioidaan kotihoidosta potilaan mukana mahdollisesti tulleet siirtotiedot, kotihoidon lähete
- Pyydetään potilaalta tarvittaessa kirjallinen suostumus tarvittavien tietojen siirtoon

2. Toteuttaminen

Valmistautuminen turvalliseen kotiuttamiseen

- Yhteistyö eri toimijoiden kanssa (sosiaalihoaja, kotihoito, asiantuntijahoitajat) Puhelut, tiedustelut, haastattelut, lausunnot, erityisosajien hyödyntäminen yms. potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti
- Sovitaan yhteisesti ennalta kotiutuspäivä ja kellon aika
- Opetetaan potilaalle jo sairaalassa kotona tarvittavia taitoja, esim. lääke-dosetin käyttö, opastus apuvälineiden käytössä
- Tehdään tarvittaessa kotikäynti jo sairaalassa oloaikana fysioterapeutin kanssa
- Järjestetään tarvittaessa hoitoneuvottelu

3. Arviointi

Jatkohoidon turvaaminen

- Yhteydenotot jatkohoidosta vastaaviin tahoihin (suullinen ja kirjallinen ohjaus)
- Hoitoneuvotteluyhteenveto, hoito-ohjeet tai muut siirtotiedot toimitetaan jatkohoidosta vastaaville työntekijöille, potilaalle sekä omaisille
- Kotihoidossa tiedetään mihin terveydentilaa koskeviin asioihin on kiinnitettävä huomiota (hengenahdistus, verenvuodot jne.)
- Kotihoito tietää mihin otetaan yhteyttä hoidon ongelmatilanteissa
- Omaisten huomiointi

6.2 Hoitoneuvottelujen järjestäminen

Kotiutushoitaja valmistee ja järjestää hoitoneuvottelun mikäli:

- Potilas tai hänen omainen on huolissaan kotona selviytymisestä, eivätkä tarjolla olevat tukipalvelut tunnu riittävilä tai tarkoituksenmukaisilta
- Potilaan terveydentilassa ja/tai toimintakyvyssä on tapahtunut merkittäviä muutoksia (esimerkiksi AVH-potilaat)
- Potilaalla on toistuvia sairaala- ja/tai hoitajaksoja tai pitkä laitoshoido
- Potilas on saattohoitovaiheessa
- Potilaalla on erityishoitajien tarvetta

- Potilaalla ei ole aikaisemmin ollut koti- tai tukipalveluita

Hoitoneuvottelun järjestämisestä vastaa kotiutushoitaja. Muu hoitohenkilökunta avustaa tarvittaessa. Kotiutushoitajan työtehtäviin kuuluu selvittää hoitoneuvotteluun tarvittavat osallistujat (omaiset/läheiset, kotihoito, muu asumisyksikön henkilökunta/omahoitaja, fysioterapeutti, kolmas sektori jne.) sekä sopia neuvottelun ajankohdasta ja paikasta. Kotiutushoitajan tulee tehdä neuvottelutilavaraus rauhallisesta ympäristöstä, perehtyä kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen, tehdä kirjallisia tietoja täydentäviä tutkimuksia (esim. RaVa, MMSE, Braden, Depressioseula jne) sekä järjestää tarvittaessa kotikäynti potilaan luokse (esim. fysioterapeutti sekä potilas).

Kotiutushoitaja informoi hoitoneuvottelusta potilasta ja muita osallistujia. Hoitoneuvottelukutsua käytetään kirjallisena tiedotteena (Liite 5). Kotiutushoitaja laatii hoitoneuvottelusta kirjallisen yhteenvedon, kirjaa hoitoneuvottelussa sovitut asiat potilastietojärjestelmään (Pegasos) Hoke-kaavakkeelle, josta toimitetaan kopiot potilaalle, omaisille sekä kotihoitoon. Tulevaisuudessa myös kotihoiton henkilökunta tulee käyttämään samaa potilastietojärjestelmää (Pegasos), joten tiedonkulku tehostuu ja nykyaikaistuu entisestään. Hoitoneuvottelun kulusta ja yhteenvedosta laadittiin kirjallinen 2-puolinen lomake kotiutushoitajan käytännön työvälineeksi (Liite 6).

6.3 Yhteenveto kehittämistarpeista

Haastatteluaineiston perusteella voidaan todeta, että keskeisimpinä tekijöinä laadukkaissa kotiuttamisissa koetaan olevan aikaisemmissakin tutkimuksissa esiin nousseet: yhteistyö, tiedonkulku ja vuorovaikutus. Näiden lisäksi tässä tutkimuksessa selkeiksi kehittämiskohteiksi nousivat hoitohenkilökunnan osaaminen ja asenteet, toimenkuvien selkeys, johtajuus sekä yhtenäiset käytännöt/pelissäännöt. Tärkeänä koettiin myös kotihoiton ja osastojen välillä toistensa toimintatapojen tuntemista.

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen kotiuttamisten kehittämistarpeet teemoittain haastatteluaineiston perusteella:

Teema	Kehittämistarve
Resurssit	Resurssien riittävyys, perehdytyksen merkitys korostuu, osaamisen kehittäminen, työnkuvien selkiytyminen, työvuorosuunnittelun merkitys.
Johtaminen	Johtamisen tärkeys järjestelmän ja työvälineiden tasolla, arvostava johtajuus, palkitseminen.
Prosessit	Kotiuttamisprosessin kehittäminen asiakas- ja tarvelähtöisesti, laaduntarkkailu ja arviointi, työn hallinta, vaikutusmahdollisuudet, sitoutuminen.
Yhteistyö	Yhteistyön lisääminen eri sektoreiden kanssa, muiden toimijoiden työn tuntemus ja arvostus, yhteystietojen päivittäminen ja ylläpitäminen, säännöllisten tapaamisten järjestäminen. Vuorovaikutus.
Tiedonkulku	Tiedonkulun turvaaminen, yhtenäisestä käytännöstä sopiminen, tiedottamisen helpottuminen ja yksinkertaistaminen

Lisäksi tulee luoda kotiuttamisen seurantaan varten yhteiset arviointimittarit ja menetelmät, esimerkiksi: hoitajaksojen keskimääräinen aika/kk, hoitoneuvottelujen määrä/kk, sairaala hoidontarpeen uusiutuminen/kk ja tehostetun kotihoidon purkamisen mahdollistuminen/kk. Kotihoidon ja vuodeosaston kotiutushoitajan tapaamiset kaksi kertaa vuodessa jolloin keskitytään toiminnan kehittämiseen ja vapaamuotoiseen palauttekeskusteluun.

7 POHDINTA

Kotiuttamiskäytäntöjen kehittämiseksi ja yhtenäistämiseksi oli selkeä tarve Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut pelkästään kuvata ja selittää kotiuttamiskäytänteitä vaan muuttaa todellisuudessa kotiuttamiskäytänteitä. Tähän päästään jatkossa KASTE-hanketyön kehittämisellä ja koulutuksilla. Käytäntöön juurruttaminen ottaa oman aikansa. Hyviä jo olemassa olevia käytänteitä kyettiin hyödyntämään ja mallintamaan. Keskustelua ja ammattilaisten välistä vuoropuhelua yli organisaatiorajojen saatiin käynnistymään. Haastattelujen perusteella hyviä käytänteitä kyettiin pienellä jalostamisella ottamaan yhteiseen käyttöön koko kuntayhtymän alueelle. Työntekijät ovat näin olleen itse saaneet vaikuttaa oman työnsä sisältöön ja kertoa mikä toimii hyvin ja mikä taas vaatii edelleen kehittämistä.

Erityisesti iloitsen tuotoksina syntyneistä konkreettisista käytännön työvälineistä, jotka selkeyttävät ja helpottavat jatkossakin kotiuttamisen haasteita. Näissä opinnäytetyön haastatteluaineiston pohjalta laadituissa lomakkeissa on vähän ns. uutta sisältöä, mutta niiden arvo on lomakkeiden tuottamiseen liittyvässä keskustelussa ja siten asenteiden ja toimintatapojen muuttamisessa. Kotiuttamiskäytänteiden yhtenäisyys tulee testatuksi pienin askelin yhteisesti sovittujen toimintatapojen ja linjausten avulla. Yhtenäiset kotiuttamiskäytännöt tulevat toivottavasti näkymään laadukkaiden ja hyvin suunniteltujen kotiutuksien myötä asiakastyytyväisyyden lisäksi myös kustannussäästöinä eli lyhentyneinä sairaalahoitajaksoina, jolloin vältetään siirtoviivemaksuilta.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Yleisimmin tutkimusmenetelmän luotettavuutta käsitellään validiteetin kautta eli tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186–187). Opinnäytetyössäni teemahaastattelurunko laadittiin siten, että niiden avulla saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Haastateltavien vapaaehtoisuus, anonyymiyden suojaaminen ja luottamuksellisuus kuuluivat olennaisena osana tutkimuksen suorittamiseen. Suurena haasteena oli haastateltavien merkityskokemusten tunnistettavuus ja kokemusten kuvaaminen siten etteivät muut tunnista haastateltavaa (Janhonen ym., 2003. 126). Oma roolini luotettavana haastattelijana mietitytti paljon. Miten haastateltavien vastauksiin vaikutti se, että olen toiminut kaikkien kanssa yhteistyössä kotiuttamisissa ja esimerkiksi Harjavallan SAS-työryhmässä. Lisäksi olen työskennellyt aiemmin hoitotyössä Harjavallan vuodeosastolla. Toisaalta ajattelen, että haastateltavalle saattaa olla helppoa keskustella asioista henkilön kanssa jolle toimintaympäristöt ja käytänteet ovat tietyllä tasolla tuttuja. Tutkimusaineistoa ei luovuteta ulkopuolisille ja se hävitetään asianmukaisesti.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset / seuranta

Jatkossa on ensiarvoisen tärkeää tietää miten kotiuttamiskäytänteiden yhtenäistäminen ja kehittäminen on vaikuttanut kotiuttamisiin hoitajien näkökulmasta. Kotiuttamisesta tulee tehdä oma raportointi toimintakertomuksen liitteenä. Tällöin on mahdollista seurata kotiuttamiseen liittyvien toimenpiteiden määrää ja tarvetta. Tämä mahdollistaa myös kotiuttamistehtävissä työskentelevien työn vaikuttavuuden arviointia.

Mielenkiintoista olisi tutkia asiakasnäkökulmaa kotiutumistilanteissa. Olisi mielenkiintoista tietää, miten kotiuttamisen kehittäminen vaikuttaa kotiutuvien potilaiden kokemuksiin. Lisäksi tarpeellisena jatkotutkimusaiheena koen kotiuttamisen ja kotiutumisen erikoissairaanhoidosta ikäihmisten ja hoitohenkilöstön kokemana.

Tutkimuksen luotettavuus ja reliabelius eli mittaustulosten toistettavuus (Hirsjärvi yms. 2001, 213) toteutui vertailemalla kotiuttamiskäytänteiden kehittämisehdotuksia muihin kotiuttamista koskeviin tutkimustuloksiin. Esimerkiksi Teija Hammarin väitöskirjassa keskeiseksi merkitykseksi muotoutui palvelujen yhteensovittaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, eri tahojen asiantuntemuksen hyödyntäminen sekä asiakkaiden avun tarpeen arvioinnin haasteellisuus ja työntekijöiden oman osuuden/roolin löytäminen kokonaisuudesta. (Hammar 2008, 102).

Kotiuttamiskäytänteet vaativat jatkuvaa kehittämistä – tästä on hyvä jatkaa!

”...ei ole varaa siihen epäonnistuneeseen kotiutukseen...” (R1)

LÄHTEET

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes: Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Alaja, K. 2005. Sairaanhoidajat ovat olleet aktiivisia Imatran muutosprosessissa. Sairaanhoidaja-lehden artikkeli. Luettu 15.2.2011.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/4_2005/muut_artikkelit/sairaanhoidajat_ovat_olleet_akti/

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Autio, A. 1996. Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Tutkielma.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman J.(toim.). 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy.

Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Gummerus.

Grönroos, E. & Perälä, M-L.2001. Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. Sairaanhoidaja-lehden artikkeli. Luettu 15.2.2011.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/3_2006/muut_artikkelit/kotiutumisen_onnistuminen-koti/

Hammar, T.2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Heinola R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Stakes.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.2001. Tutki ja Kirjoita.6-7.uud.p. Vantaa:Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff-Lahtela, P.2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen M. (toim.).2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. Uud.p. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2006. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Juva: Ws Bookwell Oy.

KASTE-ohjelma, alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelma vuosille 2008–2011 Länsi-Suomi, Länsi-Suomen aluejohtoryhmä. Versio 18.3.2010. Luettu 27.5.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7909.pdf

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Hoitotieteen laitos, akateeminen väitöskirja. Tampereen yo.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 4.2.2011.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Luettu 4.2.2011.

Marin, M. & Hakonen, S.2003. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva:WS Bookwell Oy.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammi.

Nieminen A., Parkkinen K., Louekoski-Huttunen T., Malin A., Rontu P. & Pammo O. 2002. Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B8.

Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu -tutkielma.

Payne, S., Hardey, S. & Colemanan, P. 2000. Interactions between nurses during handovers in elderly care. Journal of advanced nursing 32.

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKO-malli – palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29. Helsinki: Stakes.

Rauhasalo, A.2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983, 9§.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Helsinki:Julkaisuja 2008:6.

Taavitsainen, S. 2008. Näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen kotiutushoitajan työssä. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö. Luettu 27.5.2011.

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/39830/stadia-1213272246-1.pdf?sequence=1>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2-3§.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

LIITE 1

SAATEKIRJE

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Porin yksikössä Geronomi AMK-opinnoissa. Tarkoitukseni on valmistua joulukuussa 2011. Työstän opintoihin sisältyvää opinnäytetyötä kotiuttamiskäytäntöjen kehittämistä ja yhtenäistämistä Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella (Nakkila, Harjavalta ja Kokemäki). Opinnäytetyö on osa KASTE-hankkeen Toimintakykyisenä ikääntymisen v. 2010–2012, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueen pilotteja: Kotiuttamiskäytäntöjen kehittäminen ja yhtenäistäminen.

Opinnäytetyön tavoitteena on haastattelututkimustulosten avulla saada mahdollisimman kattavasti tietoa kotiuttamiseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tavoitteena on tuloksien avulla luoda yhtenäiset käytännöt kotiutuksiin. Teemahaastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Nauhoitetta käytän vain omaan työskentelyyni tietojen kokoamisessa ja analysoinnissa. Opinnäytetyön valmistuttua materiaali hävitetään asianmukaisesti.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista, mutta hyvin tärkeää riittävän tiedon saamiseksi. Suuret kiitokset jo etukäteen!

Opinnäytetyön ohjaajanani toimii yliopettaja Sari Teeri Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Annan mielelläni lisätietoja asiasta ja tutkimusprosessista.

Harjavallassa 21.2.2011

Johanna Ruusunen p. 02–533 6462
Avopalveluohjaaja/Projektityöntekijä

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Haastattelu järjestetään _____,
____.____.2011. Klo: _____ välisenä aikana.

Haastattelun teema-alueita ovat kotiuttamisen käytänteiden kuvaaminen vuodeosastolta jatkohoitoon, kotiuttamisprosessin toimivuus sekä kotiuttamisen kehittäminen.

Kotiuttamisen käytänteiden kuvaaminen:

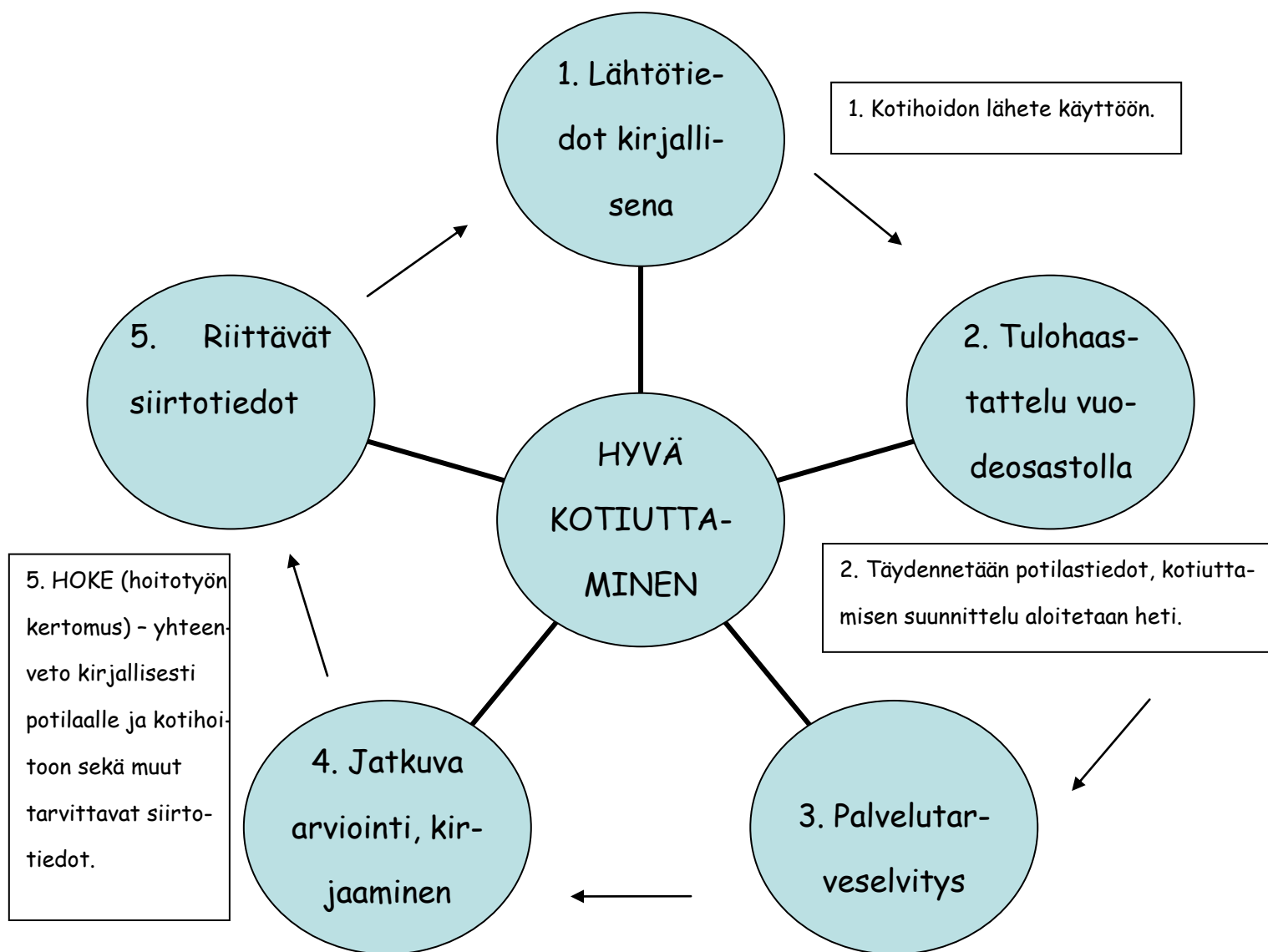
1. Kuvaile asiakkaan kotiuttamisen prosessi.
2. Kuvaile, miten osallistut prosessiin.

Kotiuttamisen toimivuus:

1. Kerro, millaisia kokemuksia Sinulla on kotiuttamisen sujuvuudesta.
2. Mikä kotiuttamisessa toimii hyvin.

Kotiuttamisen kehittäminen:

1. Kuvaile asioita, joiden avulla kotiuttamisprosessia voidaan kehittää.



3. * Fyys., psyykk. ja sos. voimavarat ja tarpeet
 * Tarvittavat selvitykset, kotikäynnit
 * RaVa, MMSE, Braden ja Depressioseula
 * Erityisasiantuntijoiden tapaamiset, konsultointi
 * Tarvittaessa potilaan asioiden selvittely kotiutus-
 hoitajalle (kohta 6.2) → hoitoneuvottelun
 järjestäminen

TARKISTETAAN JA LAADITTAAN KIRJALLISENA:

- Kotiutusvastuuhoitajan toimenkuvaus
 → Kotihoidon ja muiden kotiuttamiseen osallistuvien yhteystiedot, työnkuvat
 → Arviointimittarit ja –menetelmät kotiuttamisten seuranta varten

LIITE 4

KOTIHOIDON LÄHETE, Harjavallan kotihoito _____.____. 20_____

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Lähiomaisen yhteystiedot: _____

Jatkohoitoon siirron syy, terveydentila: _____

Käytössä olevat lääkkeet: _____

Lääkkeet otettu viimeksi: _____

Onko dosetti mukana: _____

Näkö: _____ Kuulo: _____

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky: _____

Ruokailuun liittyvät asiat, erityisruokavaliot: _____

Muuta huomioitavaa (toiveet, käytössä olevat tukipalvelut, avaimet, kenelle ilmoitettu siirrosta jne.) _____

Lähettävä henkilö: _____

Puhelinnumero, yhteystiedot: _____

Hoitoneuvottelu terveystieteiden vuodeosastolla

Vuodeosastolla olevalle potilaalle on mahdollista järjestää hoitoneuvottelu. Hoitoneuvottelun tarkoituksena on suunnitella moniammatillisesti potilaan turvallinen kotiutus.

Hoitoneuvottelussa ovat läsnä potilas ja lähiomainen, vuodeosaston sairaanhoitaja/kotiutushoitaja, sosiaalihoitaja, kotisairaanhoidon - ja/tai kotipalvelun edustaja. Tarvittaessa myös muita osallistujia, esim. fysioterapeutti.

Hoitoneuvotteluun varataan aikaa 1 tunti.

Potilaan nimi

Hoitoneuvottelu **Aika:** _____

Paikka: _____

Tervetuloa!

Lisätietoja antavat vuodeosaston hoitohenkilökunta puh. _____



Hoitoneuvottelu

Kenelle hoitoneuvottelu järjestetään?

- Potilas ja/tai omainen on huolissaan kotona selviytymisestä
- Terveystilassa ja/tai toimintakyvyssä on suuria muutoksia
- Toistuvat laitosjaksot tai pitkä laitoshoido
- Saattohoitovaiheen hoito
- Erityishoitojen tarve

Hoitoneuvotteluun valmistautuminen	-	Kotiutushoitaja
---	---	------------------------

1. Päätös hoitoneuvottelun tarpeellisuudesta
2. Päätös hoitoneuvotteluun osallistujista ja ajankohdan sopiminen osallistujien kesken (Infolomake potilaalle/omaisille, puhelinyhteys muille osallistujille)
3. Neuvottelutilavaraus
4. Tarkempi perehtyminen potilaan tilanteeseen (Mittarit: RaVatar, mmse, depressioseula, Braden sekä hoidon kirjaukset)
5. Tarvittaessa fysioterapeutin kotikäynti

Hoitoneuvottelun kulku

1. Koollekutsuja toimii puheenjohtajana
2. Todetaan läsnäolijat
3. Pyydetään potilaalta lupa terveystietojen siirtoon
4. Potilaan terveystilanteen toteaminen, kokonaistilanteen selvittäminen
5. Keskustelua potilaan jatkohoidosta
6. Tehdään päätökset (kotiutuspäivä ja aika, tukipalvelut, osastolla valmistaminen kotihoitoon, ohjeistus, asunnonmuutostyöt, hakemukset jne.) Erillinen lomake.

Jatkotoimenpiteet hoitoneuvottelun jälkeen

- Kirjataan hoitoneuvottelu Pegasos potilastietojärjestelmään Hoke-kaavakkeelle
- Toimitetaan Hoke - kaavake potilaalle, omaisille ja kotihoitoon
- Suoritetaan hoitoneuvottelussa esiin tulleet tehtävät 1(2)

Hoitoneuvottelun yhteenveto

Potilaan nimi: _____

Aika ja paikka: _____

Osallistujat: _____

Tavoite	
Päivittäiset toiminnot (esim. ruokailu, hygienian hoito, liikkuminen, sosiaaliset suhteet, ulkoilu)	Kuka tekee, kuinka usein
Lääkehuolto <ul style="list-style-type: none"> • lääkkeiden hankinta • lääkkeiden jako • lääkkeiden anto • reseptien uusinta 	Kuka hoitaa
Kotihoidon tukipalvelut <ul style="list-style-type: none"> • turvapuhelin • fysioterapia /apuvälineet • kuljetuspalvelut • siivouspalvelu • pyykkihuolto • sosiaaliturvaetuudet (eläkkeensaajan hoitotuet, asumistuet ym.) • kolmas sektori 	Miten järjestetään
Lyhytaikaishoito ym.	Miten järjestetty, seuraava jakso jne.
Omaisten/läheisten osallistuminen	
Kotiutuspäivä – ja aika sekä kotiutustapa	