

Marika Riihikoski

KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN PORIN PERUSTURVASSA  
JA SEN YHTEISTOIMINTA-ALUEILLA

Terveyden edistämisen koulutusohjelma  
Ylempi AMK  
2011

## KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN PORIN PERUSTURVASSA JA SEN YHTEISTOIMINTA-ALUEILLA

Riihikoski, Marika  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Terveiden edistämisen koulutusohjelma  
toukokuu 2011  
Ohjaaja: Hyttinen, Hanna  
Sivumäärä: 66  
Liitteitä: 2

*Asiasanat: Ikääntyminen ja vanhuus, alkoholimentia, kotiutus ja kotihoito, lähipalvelut*

---

*Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää Porin Perusturvan ja yhteistoiminta-alueiden kotiutuksen käytäntöjä. Tavoitteena oli laatia ehdotelma siitä, miten kotiuttamista kannattaa kehittää. Porin Perusturvassa ja sen yhteistoiminta-alueilla oli noussut tarve kotiuttamisen kehittämiseksi siinä havaittujen ongelmien vuoksi. Erityisesti viikonloppuja edeltäviin perjantapäiviin painottuva kotiuttaminen koettiin vaikeaksi. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedettiin, että kotiuttamisen onnistuminen on tärkeää muun muassa siitä syystä, että laitoshoidon pitkittyminen lisää pitkäaikaishoitoon joutumisen riskiä. Lisäksi erityisesti erikoissairaanhoidon on lyhentänyt hoitoaikoja, mikä asettaa kotiuttamisen toimivuudelle uudenlaisia haasteita.*

*Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin (N=5) keväällä 2010. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluin, joihin osallistui yhteensä 25 henkilöä. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.*

*Haastateltavat katsoivat kotiutuksen alkavan vasta siinä vaiheessa, kun sairaalasta ilmoitettiin asiakkaan kotiin palaamisesta. Ilmoitukset sairaalasta tulivat usein liian myöhään, jolloin asiakkaiden kotiutumisia jouduttiin siirtämään. Kotikäynneillä ei ollut ajallisesti mahdollisuus hoitaa yllättäen tulevia kotiutumisia. Useilla alueilla kotiutuksia ei ennakoitu millään tavalla. Sairaaloissa pidettäviä hoitokokouksia järjestettiin harvoin. Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja rakenne vaihtelivat alueittain. Kotona hoidettavat asiakkaat olivat myös huonompikuntoisia kuin aikaisemmin. Erityisen vahvasti tuloksista nousi lääkepoikkeamien esiintyminen kotiutusten yhteydessä. Tuloksista nousi esiin myös paljon hyvin toimivia käytäntöjä. Hyvin toimivat käytännöt vaihtelivat alueittain.*

*Tulosten pohjalta kehittämissuhteiksi esitettiin lääkehoidon ja viestinnän kehittämistä. Kuntouttavan työotteen lisääminen katsottiin myös tärkeäksi. Erityisesti asiakasturvallisuuden, hoidon jatkuvuuden sekä yhdenmukaisen toiminnan näkökulmasta kotiuttamista ehdotettiin mallinnettavaksi.*

## DEVELOPING OF HOMING PRACTICES AT PORI AND IT'S CO-OPERATION AREAS

Riihikoski, Marika

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion

May 2011

Supervisor: Hyttinen, Hanna

Number of pages:66

Appendices:2

*Key words: Aging and older people, alcohol dementia, withdrawal, and home care, local services*

---

*Purpose of this thesis was to develop and study how well the Pori's and co-operation areas homing practices are working. The aim was to find out suggestions how repatriation should be developed. Pori's Basic Security and its cooperation areas had increased the need for repatriation of the development of the identified problems. In particular, the Friday preceding the weekend dates, with emphasis on repatriation was considered to be difficult. In the previous study made, it was known that it is important to the success of the repatriation, including the fact that prolonged institutionalization increases the risk of needing long-term care. Moreover, the specialized health care has made the treatment times shorter, which puts the repatriation of the functioning of the new kinds of challenges.*

*The study was conducted as an action research. The data were collected by using group interviews (N = 5) in the spring of 2010. The group interviews were conducted with a total of 25 people. The interviews were conducted as theme interviews. The data were analyzed using content analysis.*

*Discharge was considered to begin at the stage when the hospital informed the client to return home. Reports from the hospital often come too late, what means in many cases that the customer's home return will be delayed. There are no possibilities to arrange home visit in short notice. In several areas, withdrawals are not planned in any way. When hospital is making the decision that customer will return home, it's not very common to keep meeting and evaluate the customer's situation. Nursing documentation content and structure vary from region to region. Customers' having home care was noticed to be worse shape than before. Presence of medication mistakes caused by various reasons can be noticed from the results. Results was also raised a lot of well-established practices. A well-functioning practice varied by region.*

*Further development of medical treatment and communication was presented in this thesis. Rehabilitative approach to work was also considered as important factor. In particular, customer safety, continuity of care and consistency point of view, the repatriation of proposed allocation to the model.*

*Key words: Aging and older people, alcohol dementia, withdrawal, and home care, local services*

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA .....	7
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	12
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	12
4.1	Ikääntyminen ja vanhuus .....	12
4.2	Alkoholidementia .....	13
4.3	Kotiutus ja kotihoito .....	14
4.4	Lähipalvelut .....	15
5	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	15
6	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN KULKU.....	19
7	TULOKSET .....	26
7.1	Kotiutusten ennakoimattomuus .....	26
7.1.1	Yhteistyön vähäisyys kotihoidon ja sairaalan välillä.....	27
7.1.2	Hoitokokousten vähyys.....	31
7.2	Erilaiset käytännöt .....	33
7.2.1	Asiakkaan lähettäminen sairaalaan .....	33
7.2.2	Kirjaaminen.....	34
7.2.3	Kotiutuksista ilmoittaminen .....	35
7.3	Asiakasturvallisuus .....	36
7.3.1	Lääkehoito.....	36
7.3.2	Kotikäynteihin käytettävä aika.....	37
7.4	Työn sisällön muuttuminen .....	39
7.4.1	Huonokuntoiset asiakkaat .....	39
7.4.2	Alkoholi- ja mielenterveysongelmaiset .....	40
7.5	Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset .....	42
8	EHDOTUKSET KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMISEKSI .....	44
8.1	Kotiuttamisen mallintaminen .....	44
8.2	Viestinnän kehittäminen .....	46
8.3	Lääkehoidon toteuttaminen .....	47
8.4	Vastuuhoitajamallin luominen.....	48
8.5	Kuntouttava työote .....	44

9 POHDINTA .....	45
9.1 Jatkotutkimusaiheet .....	47
9.2 Tutkimuksen arviointi.....	38
9.3 Eettiset näkökohdat.....	50

LÄHTEET

LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen lisää tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Kunnan hyvinvointipalveluiden perustan tulee olla eri sektoreiden yhteistyössä. Terveyden, toimintakyvyn ja terveyden edistämisen, kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisy ovat keskeisiä näkökulmia pyrittäessä väestön yleisen hyvinvoinnin parantamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen ja kustannusten kasvun hallintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15-30.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste –ohjelma määrittää lähivuosien sosiaali- ja terveystoimen keskeisimmät kehittämistoimet ja tavoitteet. Kaste –ohjelman tavoitteena on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä väestön osallisuuden lisääminen ja syjäytymisen vähentäminen. Tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia ennalta, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla vaikuttavat toimintamallit ja sosiaali- ja terveydenhuollon eheät palvelukokonaisuudet. (Kallinen- Kräk 2009,13.)

Iäkkäiden hoidon painopisteen siirtyminen laitoshoidosta kohti avohoitopainotteisenpaa hoitoa, on tuonut lisähaasteita kotihoidon kehittämislle. Kotihoitoa vaativien asiakkaiden määrä kasvaa koko ajan samalla, kun asiakkaat muuttuvat entistä huonokuntoisemmiksi (Hammar 2008,17.) Kotiuttamisen kehittämistä tarvitaan muun muassa siitä syystä, että pystytään vastaamaan asiakkaan, mutta myös yhteistyökumppaneiden tarpeisiin. Sairaalat ovat lyhentäneet hoitoaikojaan ja iäkkäät potilaat palaavat toimintakyvyltään yhä huonokuntoisempina kotiin (Mäkelä, Häkkinen, Juslin, Koivuranta-Vaara, Liski, Lyytikäinen & Laine 2007, 3-4). Satakunnan sairaanhoitopiirin (2009, 4) kuntalaskutuksen mukaan hoitopäivien hinnat perustuvat talousarvion mukaisiin kustannuksiin ja hinnaston valmistelussa tarkistettuihin suoritearvoihin. Siirtoviivemaksua aletaan periä seuraavasta päivästä alkaen, kun potilas on katsottu somaattisesta hoidosta siirtokelpoiseksi.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten kuluessa nopeasti. Tämä kehitys haastaa erityisesti kuntien poliittiset päättäjät ja johdon tunnistamaan toimintaympäristön muutoksen suuntaa ja pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti: arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9.) Hallitusohjelmassa painotetaan muun muassa terveyden edistämistä, terveyserojen kaventamista ja perusterveydenhuollon vahvistamista. Hallitusohjelmassa korostetaan myös ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumiskyvyn vahvistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE vuosille 2008-2011 määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon lähivuosien kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Ohjelman tavoitteena on kuntalaisten osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen ja terveyserojen kaventuminen, palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantuminen sekä alueellisten erojen vähentyminen. Ohjelma nostaa esiin myös konkreettisesti mitattavissa olevia osatavoitteita. Ikääntyneiden näkökulmasta näitä ovat esimerkiksi:

- ikävakioidun toimintakyvyn paraneminen
  - asiakastyytyväisyyden parantuminen
  - terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikarajojen toteutuminen
  - vanhuspalvelujen tarpeen arvioinnin määräaikojen toteutuminen,
  - tarpeenmukaisen ja säännöllisen kotihoidon tarjolla oleminen 14 %:lle yli 75-vuotiaista
  - enintään kolme prosenttia yli 75-vuotiaista pitkäaikaisessa laitoshoidossa
  - perusterveydenhuollon lääkäriavajeen vähentyminen
  - sosiaalityöntekijävajeen vähentyminen
  - alueellisten erojen vähentyminen erikoissairaanhoidon vaikuttavuudessa.
- (Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22-28.)

Tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia ennalta, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla vaikuttavat toimintamallit ja sosiaali- ja terveydenhuollon eheät palvelukokonaisuudet. (Kallinen- Kräk 2009,13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2008 Ikäneuvo-työryhmän, jonka tarkoitus oli valmistella ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämiseksi. Työryhmä piti välttämättömänä, että kunta- ja palvelurakennemuutoksessa vahvistetaan hyvinvointia- ja terveyttä edistäviä rakenteita. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta on nostettava nykyistä tasavertaisenpaan asemaan korjaavien palveluiden rinnalle ja sen voimavaroja on lisättävä. Ikääntyneiden kuntalaisten hyvinvointi ja terveys ovat periaatteita, jotka on otettava huomioon yhteiskunnan, yhteisöjen ja yksilöille suunnattujen toimien suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiivis yhteistyö on tärkeää ikäihmisten hyvinvoinnin lisäämiseksi ja kuntien voimavarojen taloudellisen käytön kannalta. Tämän lisäksi on välttämätöntä lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja verkostoitumista kunnan muiden toimialojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten ja ikääntyneiden kuntalaisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

Ikäneuvo -työryhmä painotti myös ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia edistävän lainsäädännön vahvistamista. Nykyisellään ei ole olemassa tällaista lainsäädäntöä lukuunottamatta kunnan velvollisuutta järjestää 75-vuotta täyttäneille pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin sosiaalihuoltolain 40 a §:ssä säädettyssä määräajassa. Uusia lakeja on valmisteilla. Työryhmä ehdotti ikääntyneiden palvelujen kokoamista yhteen lakiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18.) Uusi Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto ovat uusineet vuonna 2001 laaditun Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen. Sen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: (1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, (2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen, (3) asumis- ja hoitoympäristöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2008, 9.)



Keskeisille ikääntyneiden palveluille asetetaan suosituksessa valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Suosituksessa kuvataan henkilöstön mitoitusperusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen kehittämistä sekä johtajaosaamisen tärkeyttä korostetaan. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 10.)

Ikäihmisten laatusuositus sisältää seurantaindikaattoreita (Taulukko 1.), joiden avulla saadaan säännöllistä kuntakohtaista ja valtakunnallista tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta.

Taulukko 1. Ikäihmisten laatusuositusten seurantaindikaattorit.

INDIKAATTORIT	TAVOITE (suhteutus 75 vuotta täyttäneisiin)
Kotona asuvien osuus ( pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat )	91-92% asuu kotona
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13-14% saa säännöllistä kotihoitoa
Omaishoidon tukea saavien osuus	5-6% saa omaishoidon tukea

Tehostetussa palveluasumisessa olevien osuus	5-6% tehostetussa palveluasumisessa
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien osuus	3% vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

(Lähde: Ikääntyneiden palvelujen laatusuositus, STM ja Kuntaliitto 2008, 45.)

Kotihoidon kehittäminen ja kotona asumisen tukeminen ovat suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita. Ikäihmisten näkökulmasta kotihoidon saatavuuden parantamisen lisäksi haasteena on palvelun sisällön kehittäminen vastaamaan nykyistä enemmän ikääntyneiden tarpeita. Palveluiden tulisi olla toimintakyvyn heikkenemistä ja terveydentilan muutoksia ennakoivaa. Palvelutarpeen arvioinnin tulisi olla kattavaa; on pyrittävä tunnistamaan paitsi fyysisen myös kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla olevia tarpeita, kuten muistihäiriöitä, masennusta, turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Palvelut tulee räätälöidä yksilöllisten tarpeiden mukaan ja niiden on vastattava asiakkaan omaa näkemystä avun ja tuen tarpeesta. Palveluiden on myös tuettava asiakkaan voimaantumista ja osallisuutta sekä edistettävä kuntoutumista. Erityisesti muistisairaiden ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kotona asumisen mahdollisuuksia on parannettava. Kotihoidon palveluissa asiakkaalla tulee olla myös nimetty vastuhenkilö, jolle turvataan konsultaatiomahdollisuudet, jotta käytävissä on riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön ja geriatrian asiantuntemus. (Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008, 17.)

Suomessa oli vuoden 2010 lopussa 80-vuotta täyttäneitä ja tätä vanhempia henkilöitä 255 912. Porin ja yhteistoiminta-alueiden väestöstä yli 75-vuotiaiden osuus vuonna 2020 on arvioitu olevan noin 12 835 ja vuonna 2030 18016. (Tilastokeskus 2011.) Sosiaali- ja terveydenhuollon alueella palvelutarpeet kasvavat, mikä johtaa kustannusten kasvuun. Porissa haasteisiin lähdettiin vastaamaan yhdistämällä kaupungin sosiaalikeskus ja terveysvirasto yhdeksi perusturvaorganisaatioksi. Vuoden 2010 alusta organisaatio laajeni yhteistoiminta-alueeksi, jossa isäntäkuntana on Pori. Yhteistoiminta-alueen piiriin kuuluvat lisäksi Luvia, Merikarvia, Noormarkku,

Pomarkku ja Ulvila. (Porin kaupunki 2010, 4.) Lisäksi valtioneuvoston 23.4.2009 tekemällä päätöksellä Porin ja Noormarkun kunnat yhdistyivät 82 500 asukkaan kaupungiksi vuoden 2010 alusta (Porin kaupunki 2010).

Porin perusturvahankkeen käynnistämiseksi muodostettiin organisaation resurssien ja osaamisen hyödyntämisen mahdollistamiseksi neljä erillistä hankevalmisteluryhmää: ohjausryhmä, johtoryhmä, muutosryhmä ja palvelutyöryhmät. Palvelutyöryhmien tehtävä oli ideoida, suunnitella ja soveltaa uusia sosiaali- ja terveystoimen yhteisiä toimintamalleja hankkeen aikana sovitujen asiakasryhmien palvelukokonaisuuksille. Eräs näistä ryhmistä oli ikääntyneiden palveluohjausta suunnitteleva työryhmä. (Porin kaupunki 2009, 10-11.) Työryhmässä yhtenä kehitystä kaipaavana asiana nostettiin ikääntyneiden kotiutus sairaalasta.

Tämä tutkimus käynnistyi syksyllä 2009, jolloin tutkija sai opinnäytetyön aiheen Satakunnan ammattikorkeakoulussa opetustyötä tekevältä ja eityistutkijana toimivalta TtT Hanna Hyttiseltä, joka oli osallistunut myös ikääntyneiden palveluohjausta suunnittelevaan työryhmään. Porin perusturvassa ja sen yhteistoiminta-alueilla oli havaittu kotiuttamisen käytännön ongelmia, joihin kaivattiin ratkaisuja. Syksyllä järjestettiin tapaaminen silloisen vanhustyön päällikön, opinnäytetyön ohjaajan ja tutkimuksen tekijän kesken. Ongelmista nousi tuolloin esiin erityisesti kotiutumiset juuri ennen viikonloppua, jolloin vaikeutena oli esimerkiksi asiakkaiden ravitsemuksesta huolehtiminen. Tapaamisessa sovittiin tutkimuksen käynnistämisestä ja seuraavan tapaamisen järjestämisestä tutkimussuunnitelman valmistuttua.

Kotiutumista on kehitetty Suomessa erilaisin menetelmin. Ainakin Tampereella, Porvoossa, Keravalla, Jämsässä, Lahdessa ja Hämeenlinnassa toimii kotiutuvien potilaiden apuna ja tukena kotiutustiimit. Kotiutustiimeissä työskentelee kaupungista riippuen sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja ja lääkäreitä. (Tampereen kaupunki 2008, Sjöström 2010, Kerava 2010, Jämsän kaupunki 2009, Lahden kaupunki 2008, Hämeenlinnan kaupunki 2010.) Toisissa kaupungeissa kotiutumista hoidetaan hieman toisenlaisin menetelmin. Espoossa kotiutuksista huolehtii ensisijaisesti kullakin kotihoidon alueella oma kotiutushoitaja. Kotiutushoitaja on koulutukseltaan sairaanhoitaja. Kotiutushoitajan tehtävä on huolehtia kotiutumiseen liittyvistä asioista ja tehdä asiakkaan jatkohoidon kannalta palvelutarpeen arvioinnin,

jonka pohjalta räätälöidään kotihoidon käynnit ja mahdolliset tukipalvelut. (Espoon kaupunki 2010.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus oli kehittää Porin Perusturvan yhteistoiminta-alueen kotiutuksen käytänteitä. Tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, mikä auttaa yhteistoiminta-aluetta entisestään parantamaan kotiuttamiskäytäntöään laatimalla ehdotelma siitä, miten tulosten pohjalta kotiuttamista tulisi kehittää. Aihe rajattiin koskemaan ikääntyneitä, joilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin 75-vuotta täyttäneitä sekä alkoholidementoituneita henkilöitä ikään katsomatta. Rajaus tehtiin myös niin, että kotiutuminen saattoi tapahtua sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta tai päivystyksestä. Tutkimus ei sisältänyt kotiutumista vanhainkoteihin, palvelutaloihin tms., sillä ne asettivat tutkimukselle omat erityispiirteensä ja tällainen laitosasuminen voitiin katsoa ikääntyneen pitkäaikaishoidoksi.

Tutkimustehtävät:

1. Hyvin toimivien käytäntöjen ja kehittämiskohteiden kuvaaminen.
2. Kehittämiskohteiksi tunnistettuja käytäntöjä koskevat parannusehdotukset.

### 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 4.1 Ikääntyminen ja vanhuus

Suomessa väestön ikääntymisen kehitykseen on johtanut keskimääräisen eliniän piteneminen sekä yleinen elintason ja hyvinvoinnin kasvu. Viime vuosikymmeninä

iäkkäiden ihmisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on pidentynyt: naisten eliniän odote vuonna 2004 oli 82,3 vuotta ja miesten 75,3 vuotta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16.)

Voutilainen, Raassina ja Nyfors (2008, 13) määrittelevät ikäihmiset hyvin epäyhtenäiseksi ryhmäksi palvelujen käyttäjinä ja tarvitsijoina. Ikäihmisiksi voidaan katsoa kuuluvan hyvin erilaisia miehiä ja naisia 65-111 ikävuoden väliltä. Osa ikääntyneistä on terveitä ja hyväkuntoisia: vain joka neljäs on säännöllisten palvelujen piirissä. Osa on varsin aktiivisia ja osa sellaisia ikäihmisiä, jotka eivät toimintakyvyn rajoitteidensa vuoksi pysty osallistumaan yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintoihin ilman apua. Ikäihmisissä on myös sekä hyväosaisia että syrjäytyneitä, ja etnisiltä taustoiltaan erilaisia ihmisiä.

Vanhuudessa vanhusten hoidon näkökulmasta keskeisintä on, että fyysiset vanhenemismuutokset ovat muuttaneet ihmisen elimistöä. Tämä aiheuttaa erityispiirteitä muun muassa sairauksien oireisiin, paranemiseen, kuntoutumiseen sekä lääkeaineiden hajoamiseen ja erittymiseen. Vanheneminen ei ole pelkästään fyysisten muutosten sarja; myös iäkkään elimistön kyky toimia äkillisessä tai pitkäkestoisessa rasiustilanteessa on heikentynyt. (Kivelä 2006, 16.) Elämänsä yksilölliset vaiheet vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisiksi ihmisen hyvinvointi ja terveys muotoutuvat ikääntyneenä (Ikäneuvo –työryhmä 2008, 13). Voidaan kuitenkin todeta, että monilla 75-vuotta täyttäneillä vanhenemismuutokset ovat aiheuttaneet senasteista hidastumista, joka tulee esille sairauksien oireiston erilaisuutena ja paranemisen ja kuntoutumisen etenemisen hidastumisena. (Kivelä 2006, 16). Suurinta palvelutarve on niin sanotussa neljännessä iässä, joka yhä useammilla alkaa vasta 85 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. (Ikäneuvo –työryhmä 2008, 13).

## 4.2 Alkoholidementia

Dementiassa on kyse oireyhtymästä, ei siis erillisestä sairaudesta. Siihen liittyy kognitiivisten ongelmien, kuten muistihäiriöiden, lisäksi tavallisesti haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia. Tällaisia oireita kutsutaan

käyttöoireiksi. Näistä tavallisimpia ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valverytmin häiriöt, seksuaaliset käyttöoireet ja syömishäiriöt. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. (Erkinjuntti 2006, 94, 98.)

Alkoholismi ja alkoholin raju kertakäyttö johtavat usein aivojen vahingoittumiseen. Aivovauriot johtuvat monista eri syistä, joita ovat muun muassa mekaaniset vammat, vitamiinien puutostilat, elektrolyyttihäiriöt, maksakirroosi ja etanolin suorat toksiset vaikutukset. Wernicken tauti, pellagra, maksan toiminnanvajaukseen liittyvä aivosairaus ja Marchiafava-Bignamin tauti ovat alkoholisteilla yleisiä. Nämä neljä sairautta eivät johdu alkoholista, mutta alkoholismi on niiden tärkein vaaratekijä. Ne aiheuttavat dementiaa. Nämä sairaudet, kuten myös aivovammat ja aivoverenkiertohäiriöt, ovat sekundaarisia alkoholistin dementian aiheuttajia. Primaarisella alkoholidementialla tarkoitetaan tilaa, joka johtuu etanolin tai sen aineenvaihduntatuotteiden suorista toksisista vaikutuksista aivoihin. (Hillbom 2003, 315.)

Lievä henkisten toimintojen heikentyminen ja aivoatrofia häviävät usein, kun alkoholinkäyttö loppuu. Mitä kauemmin alkoholinkäyttö on jatkunut ja mitä suurempi elinaikana nautittu alkoholimäärä on ollut, sitä selkeämpi on pysyvä aivoatrofia. Vaikka ikä tuo mukanaan aivoatrofiaa ja alkoholinkäyttö lisää sitä, ei yhteys alkoholinkäytön ja aivoatrofian väliltä häviä, kun suoritetaan ikäkorjaus. Ikä ja alkoholi ovat toisistaan riipumattomia aivoatrofian vaaratekijöitä. (Hillbom 2003, 316.)

#### 4.3 Kotiutus ja kotihoito

Kotiutuminen on prosessi, jonka tarkoitus on potilaan sujuva siirtyminen sairaalasta kotiin tai toiseen hoitolaitokseen (Hammar 2008, 21-22). Kotihoidolla tarkoitetaan palveluja, joihin kuuluvat kotisairaanhoido (Kansanterveyslaki 66/72), kotipalvelu (Sosiaalihuoltolaki 710/82), kotipalvelun tukipalvelut (Sosiaalihuoltoasetus 607/83) ja omaishoidon tuki (Sosiaalihuoltolaki 710/82, Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai avustamista (Sosiaalihuoltolaki 710/82). Kotisairaanhoido on kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa tapahtuvaa tilapäistä, jatkuvaa tai säännöllistä terveyden- ja sairaanhoidoa (Kansanterveyslaki 66/72).

#### 4.4 Lähipalvelut

Ikäihmisten kannalta on tärkeää, mitä palveluja on tarjolla ja mistä niitä saadaan. Saatavuuden perusteella palvelut voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikäihmiset tarvitsevat näitä kaikkia, mutta arjen sujumisen kannalta keskiössä ovat lähipalvelut. (Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008, 22.)

Lähipalvelut tuodaan kotiin tai ne tuotetaan kodin lähellä. Lähipalveluja ovat esimerkiksi ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. Valtaosan ikäihmisten tarvitsemista lähi- ja seudullisista palveluista tulisi järjestää vähintään 20 000 asukkaan kunta tai kuntayhtymä. (Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008, 22.)

## 5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tutkimuskatsaus ( kirjallisuushaku ) laadittiin käyttämällä Medic- ja Lindatietokantoja. Suomenkielisinä asiasanoina käytettiin ” vanhuus ja kotihoito ”, ”ikääntyminen”, ”kotiutuminen” ja ”vanhuus ja toimintakyky”. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin ”old people” ja ”living at home or home care”. Katsauksessa tutkimukset rajattiin uusimpiin tutkimuksiin. Lähtökohtana oli käyttää vuoden 2005 ja sen jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Kotimaisissa tutkimuksissa rajaus pyrittiin tekemään vähintään lisensiaattitasoisiin tutkimuksiin, joskin joukkoon tuli muutama

muukin tutkimus johtuen niiden sisällön läheisyydestä tämän tutkimuksen kannalta. Hakusanoilla löytyi Medic- haun kautta yhteensä 2304. Linda –tietokanta antoi hakusanoilla yhteensä 3390 tutkimusta. Suuri osa tutkimuksista ei suoraan koskenut ikääntyneiden kotihoitoa, kotiuttamista tai muita näihin liittyviä asioita.

Tutkimuksessa *Sairaalasta kotiin asti* selvitettiin, millä tavoin ikäihmisten erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksokejtut ovat käyttäytyneet pääkaupunkiseudun kunnissa vuosina 1998-2003. Tutkimuksen perusteella näytti siltä, että erikoissairaanhoidon oli tutkimusajankohtana siirtänyt ikääntyneen väestön hoitovastuuta pois itseltään. Muutos oli johtanut kotiuttamistehon kasvuun. Onnistuneeseen kotiuttamiseen tarvittavien hoitopäivien määrä oli kasvanut ja pitkäaikaishoitoon päätyminen vaara lisääntynyt. (Mäkelä, Häkkinen, Juslin, Koivuranta-Vaara, Liski, Lyytikäinen & Laine 2007, 5, 26.) Suomessa lähdettiin kehittämään toimintatapoja avohoitopainotteisempaan suuntaan pitkäaikaishoitopaikkoja vähentämällä. Ainakin Lempäälässä tehty tutkimus (Lupsakko, Viskari, Lemmetti & Kivekäs 2008, 765-769) osoitti, että tämä oli mahdollista lisäämällä vuodeosaston aktiivista kuntouttavaa työtä ja tiivistämällä yhteistyötä muun muassa kotihoitotyötä tekevien kanssa. Vuodeosastolle palkattiin myös geriatri. Kaupungin potilasjonot osastoille ja erikoissairaanhoidon sakkomaksut loppuivat kokonaan. Lisäksi kunnan 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden laitoshoidon suhteellinen osuus väheni merkittävästi.

Ikääntyneen potilaan kotiutuminen sairaalasta ja kotona jatkuva hoito vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita, toimivaa tiedonkulkua sekä palvelujen yhteensovittamista. Pöyryn ja Perälän (2003) mukaan juuri hoidon jatkuvuus, tiedonkulku ja yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä olivat ongelmallisia kotiutuksen näkökulmasta. Hammar (2008, 57) on tutkimuksessaan kehittänyt PALKO-mallia, jonka tarkoitus oli edistää sairaalasta kotiutuvan ja kotona asuvan asiakkaan selviytymistä kotioloissa, parantaa hyvinvointia ja itsemääräämistä sekä tarpeita vastaavien hoitojen ja palvelujen saamista. Tutkimuksessa havaittiin muun muassa, että sairaalasta kotihoitoon siirtyvät asiakkaat arvioivat toimintakykynsä ja terveyteen liittyvän elämänlaatunsa huonoksi. He tarvitsivat runsaasti monipuolista apua. Palveluja yhteensovittamalla havaittiin kolmen viikon seurannan jälkeen asiakkaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa paranemista ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen



todettiin myös palvelutarpeiden vähentyneen. On myös osoitettu (Lämsä & Mäkelä 2009, 2553, 2556), että ikääntyneiden sairaalassa oleminen on pääsääntöisesti varsin passiivista tutkimusten ja toimenpiteiden kohteena olemista sekä tapahtumien odottelemista. Sairaalassa oleminen aiheuttaa siis katkoksen ikääntyneen normaaliin elämään vähentäen oma-aloitteisuutta ja laitostamalla, mitkä taas vaikeuttavat kotiutumista. Myös kotiutuksen ajankohdasta kerrotaan liian myöhään, jolloin valmistautumisajan vähyys aiheuttaa ikääntyneelle epävarmuustekijöitä.

Tanskalaisessa tutkimuksessa (Jacobsen, Rytter, Ronholt, Hammer, Nissen, Kjellberg, & Stadsgaard 2007) *Kotikäynnit sairaalasta kotiutetun potilaan seurannassa* oli taustana tieto, että heikkokuntoisen ikääntyneen potilaan riski joutua kotiutumisen jälkeen nopeasti takaisin sairaalaan on suuri. Tutkimuksella haluttiin pienentää tätä riskiä ja sillä pystyttiin luomaan toimintamalli perusterveydenhuoltoon. Tarkoitus oli selvittää, voidaanko kotikäyntien avulla parantaa geriatriselta tai sisätautiosastolta kotiutettujen ikäihmisten hoitoa. Erityisesti arvioitiin lääkehoidon toteutumista, sairaalan hoitosuunnitelman noudattamista ja potilaan riskiä joutua uudelleen sairaalahoitoon. Tutkimus osoitti muun muassa, että terveyskeskuslääkärin ja hoitajan tekemät kotikäynnit yhden, kolmen ja kahdeksan viikon kuluttua kotiutumisesta paransivat hoidon laatua ja potilaan riskiä joutua takaisin sairaalaan pieneni. Ikääntyneet myös noudattivat saatuja hoito-ohjeita parammin. Lisäksi todettiin, että tiimin jäseniltä vaadittiin erityistä motivoituneisuutta ja joustavuutta sekä yhteistoiminta ennalta sovittua toimintatapaa.

Tutkimuksessa *Kotikuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua* lähtökohtana oli ikääntyvän väestön toimintakykyä ja hyvinvointia parantavien menetelmien kehittäminen. Kohderyhmänä olivat 65-99-vuotiaat, toimintakyvyltään erilaiset miehet ja naiset. Tulosten mukaan nykyistä laaja-alaisempi, kerran viikossa toteutettu omaehtoista kuntoutumista tukeva toiminta paransi iäkkäiden elämänlaatua. Kotikuntoutumisavustajan käynnit koettiin jokapäiväistä aktiivisuutta lisääväksi. Sen sijaan tällä ei ollut vaikutusta fyysisen kunnon parantumiseen. (Leinonen, Niemelä, Jokinen, Kangas & Laukkanen 2009, 1557-1565.)

Koposen (2003) toteuttaman väitöstutkimuksen *Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä* tarkoitus oli tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla voidaan parantaa

iäkkään potilaan ja hänen perheenjäsentensä saamaa tukea kodin ja sairaalan välillä siirtymiseen liittyvässä selviytymisessä ja kotona selviytymisessä. Tulosten mukaan hyvä kontakti kotiutuvan potilaan, omaisen ja kotihoidon hoidon antajan välillä auttoi siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin palaamista. Potilaan ja omaisen kokema toimiva kontakti merkitsi sitä, että hoidonantaja oli oivaltanut potilaan avun tarpeen ja osasi toimia niin, että toiminnalla oli merkitystä kotona selviytymiselle siirtymävaiheesta lähtien. Tämä avun tarpeen oivaltaminen tarkoitti myös sitä, ettei liiaksi tehty asioita potilaan puolesta, vaan huomioitiin kuntouttava työote. Tämä vaikutti myös siihen, että paluut takaisin sairaalaan olivat vähäisempiä. Myös omahoitajan roolin tärkeyttä korostettiin sekä sairaalassa että kotihoidossa siirtymävaiheen onnistumiseksi.

Eloranta (2009) tutki väitöskirjassaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön merkitystä ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. Tutkimuksen tarkoitus oli lisätä ymmärrystä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroista arjesta selviytymisen näkökulmasta, ja tutkia miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutuu. Tulosten mukaan ulkopuolisten asettamat elämisen ehdot, terveydentilan heikkeneminen ja yksinäisyys heikensivät asiakkaiden voimavaroja. Ammattihenkilöiden toiminta oli osittain ristiriidassa ikäihmisten omien odotusten kanssa. Ammattihenkilöt tekivät hoitoon liittyviä päätöksiä ja toimintoja asiakkaan puolesta, vaikka asiakkaille tärkeää oli elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen. Asiakkaiden mukaan ammattihenkilöillä oli myös epäyhteneväiset tavat toimia sekä näkemuserot. Asiakkaat arvioivat sekä itsenäiseen toimintaan tukemisen että fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen toteutuneen työntekijöitä huonommin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että keskeisimpiä asioita kotiuttamisen onnistumisessa ovat asiakkaan kuulluksi tuleminen, yksinäisyyden tunteen vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen. Asiakkaan ja omaisen osallistamisella on myös todettu olevan merkitystä. Kuntouttavan työotteen huomioimisella lisätään ainakin osaltaan kotiutumiseen osallistamista. Tutkimukset osoittivat myös sen, että kotiutuksen tulee olla suunnitelmallista. Kotiin palaamisen jälkeen asiakkaalle järjestetyt tiivimmät kotikäynnit vähensivät sairaalaan palaamisia.

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN KULKU

Tämä tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteita soveltaen, sillä tarkoitus oli löytää uusia tai soveltaa vanhoja ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Toimintatutkimuksella halutaan ratkaista erilaisia käytännön ongelmia, parantaa sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtää niitä entistä syvällisemmin. Sillä tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista. Se on tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa. Useinmiten kyseessä on koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jolloin tarvitaan kaikkien toimija osapuolien sitoutuminen projektiin. (Metsämuuronen 2006, 226-227.)

Tutkija sai tutkimukselleen pohjaa ja kehyksiä tapaamisissa Porin Perusturvan vanhustyön päällikkön kanssa. Tutkija selvitti myös eri yhteistoiminta-alueiden www-sivujen kautta toiminnan periaatteita ja sisältöä. Tässä vaiheessa tehtiin laaja-alainen kirjallisuuskatsaus, sillä tutkijalla ei ollut erityisosaamista tai kokemusta vanhustyöstä ja kotihoidosta. Vähitellen ymmärrys aihetta kohtaan lisääntyi ja tutkija ryhtyi kirjoittamaan tutkimussuunnitelmaa. Tutkimussuunnitelma valmistui tammikuussa 2010, joka hyväksyttiin Vanhustyön päälliköllä. Varsinaisen lopullisen tutkimusluvan antoi hoiva-, hoito- ja sairaalapalveluiden vt. johtava lääkäri.

Käytännöstä nouseva tarve kotiuttamisen kehittämiseksi soveltui erityistapauksensa vuoksi tutkittavaksi toimintatutkimuksena. Anttila (2006, 439) kuvaa toimintatutkimusta juuri tiettyyn erityistapaukseen kohdistuvaksi menetelmäksi. Sen painopisteenä on saada täsmällistä tietoa tiettyä tilannetta ja tarkoitusta varten. Metsämuuronen (2006, 226) mukaan toimintatutkimus on menetelmä, jossa halutaan ratkaista erilaisia käytännön ongelmia, parantaa sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtää niitä entistä syvällisemmin. Sillä tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista.

Vuoden 2010 alkupuolella Porin perusturva irrotti väliaikaisesti omasta työstään kotihoitopalveluiden osastonhoitajan tekemään kokeilumuotoisena

kotiutuskoordinaattorin työtä. Tämän Projektin päätavoitteena oli aikaansaada malli hallitusta kotiuttamisesta perusturvan yhteistoiminta-alueella. Osatavoitteina oli

- Turhien sairaalajaksojen väheneminen / sairaalajaksojen oikein kohdentaminen
- Hallittu potilasliikenteen ohjaus
- Moniammatillinen hallittu toiminta ja yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusturvan yhteistoiminta-alueen kesken
- Kotiutustilanteet suunnitelluiksi ja turvallisiksi esimerkiksi toimijoiden vastuujon selkeyttämisellä
- Toiminta taloudelliseksi kaikkien kannalta.

(Lähde: Porin perusturva 2010, 4.)

Tutkija oli yhteydessä kotiuttamiskoordinaattoriin puhelimitse ja sähköpostitse. Kahdenkeskisiä tapaamisia oli kaksi vuoden 2010 aikana. Tapaamiset olivat tutkimuksen kannalta merkittäviä, sillä niissä valottui hyvin niitä ongelma-asioita, mitä kotiuttamiskoordinaattori oli työssään kohdannut. Kotiuttamiskoordinaattori pyrki pureutumaan havaitsemiinsa tai käytännön kentiltä kerrottuihin ongelmiin. Eräs ongelmista oli kotihoidon runsas puhelinnumeroiden määrä. Sairaaloiden henkilökunnalla oli vaikeuksia löytää oikeaa numeroa, minne soittaa kotiuttaessaan potilasta. Kotiuttamiskoordinaattori lähetti sairaaloiden yksiköihin puhelinnumerot, joista kotihoidon työntekijät tavoitetaan iltaisin. Tämä tehtiin ennen haastatteluja. Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, etteivät soitot tästä huolimatta lisääntyneet. Tämänkaltaista raportointia oli tutkijan ja koordinaattorin välillä ja se hyödytti toimintatutkimuksen etenemistä.

Tutkija päätyi keräämään aineistoa teemahaastattelujen kautta, sillä tämä haastattelu oli hyvin lähellä syvähaastattelua, joten kokonaisvaltaisen tiedon saaminen oli mahdollista. Teemat syntyivät tutkimustehtävistä. Näin ollen teemoina olivat asiat hyvin toimivat käytännöt kotiuttamisessa, huonosti toimivat käytännöt ja kotiuttamisen kehittämisen menetelmät. Kysymysten määrä ja sisältö vaihtelivat eri haastatteluissa. Keskeistä haastattelussa oli se, että tutkija esitti kysymyksiä tilanteen mukaan siten, että haastateltavat kertoivat asioista riittävän kuvaavasti ja konkreettisesti. Lähes kaikki haastattelut alkoivat samalla kysymyksellä: ”Kuvailkaa,

mitä kotiuttaminen on, mitä kotiuttamisella tarkoitetaan?” Vilkan (2005, 114) mukaan laadullisen tutkimuksen haastattelussa tulee suosia avoimen haastattelun mukaista tapaa silloin, kun aineitoa halutaan kerätä haastattelemalla. Hänen mukaansa tämä menetelmä mahdollistaa haastateltavien ohjaamisen kohti kuvailevanpaa ja kertomuksenomaisenpaa vastaamista.

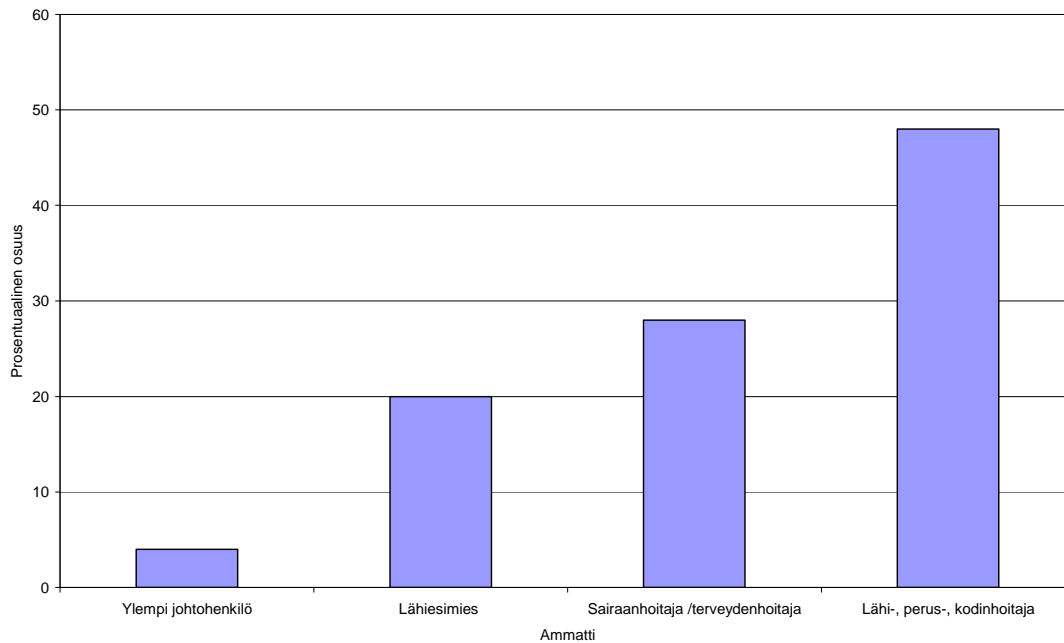
Haastattelut tehtiin keväällä 2010. Tutkija lähetti tutkimukseen osallistuville sähköpostitse tiedonannon haastattelun teemoista (liite 2) hyvissä ajoin ennen haastatteluja, jolla haluttiin toisaalta vähentää mahdollista jännitystä itse haastattelua kohtaan ja toisaalta antaa osallistujille mahdollisuus pohtia etukäteen aihetta. Tällä menettelyllä tutkija halusi varmentaa sitä, että kaikki ilmiötä koskevat näkemykset ja kokemukset tulisivat esille. Tiedonannon läpilukeminen ja haastatteluajasta sopiminen toimi myös haastateltavien suostumuksena tutkimukseen. Lisäksi tutkija varmisti haastatteluissa ennen kysymysten esittämistä, halusivatko kaikki edelleen osallistua.

Kaikki haastattelut tehtiin rauhallisissa neuvotteluhuoneissa tutkittavien työpaikoilla. Häiriötekijöitä oli yhdessä haastattelussa, jossa yhden haastateltavan puhelin soi kahdesti. Tämä katkaisi tutkijan ajatuksen ja on mahdollista, että jokin yksittäinen tärkeä asia ilmiöstä on jäänyt vaillinaiseksi. Haastattelun alussa kaikki haastatteluun osallistuvat kertoivat ammattinsa ja työkokemuksensa. Varsinainen ensimmäinen sisällöllinen kysymys koski kotiuttamisen määrittelyä, jossa tutkija pyysi haastateltavia vapaasti kertomaan, mitä kotiutuminen on ja mitä asioita siihen kuuluu. Tutkija painotti, että kukin saattoi kertoa esimerkiksi vain yksittäisen asian ja toisilla oli mahdollisuus täydentää häntä lopulta muodostaen mahdollisesti jonkinlaista kokonaiskuvaa asiasta. Tämä muodostui hyvin keskeiseksi kysymykseksi tulosten kannalta siitä syystä, että vain muutamalla alueella haastateltavat katsoivat kotiuttamiseen kuuluvan asiakkaan lähettämisen sairaalaan ja toisaalta siki, että se vapautti ilmapiiriä. Yhtä ryhmää lukuunottamatta haastateltavat alkoivat varsin rohkeasti kertoa asioista. Ajoittain haastateltavat alkoivat sivuta käsiteltäviä aiheita. Tutkija oli alusta asti valmistautunut näihin tilanteisiin ja pyrki kysymyksillään ohjaamaan haastattelua takaisin asiaan. Haastattelut aukikirjoitettiin touko-heinäkuun aikana. Tämän jälkeen tutkija aloitti analysoinnin, mikä toteutettiin sisällönanalyysillä.

Sisällönanalyysillä voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. Se on työväline, jolla voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. Tutkittava aineisto voi olla lähes mitä tahansa, kunhan sillä on yhteyttä tutkittavaan ilmiöön ja jos sitä voidaan koota, havainnoida ja analysoida. (Anttila 2006, 292.)

Tutkimukseen osallistuivat yhteistoiminta-alueista Pori, Merikarvia, Pomarkku ja Ulvila. Myös Noormarkku haastateltiin omana ryhmänä, sillä kuntaliitoksesta oli kulunut vasta vähän aikaa. Luvia ei osallistunut tutkimukseen. Kultakin alueelta osallistui haastatteluun neljästä kuuteen henkilöä. Haastateltavat muodostivat moniammatillisen ryhmän siten, että kaikki kotihoidossa työskentelevät ammattiryhmät olivat pääpiirteissään edustettuina. Kussakin ryhmässä oli tarkoitus olla vähintään yksi terveyden- tai sairaanhoitaja, vähintään yksi lähi- tai perushoitaja tai kodinhoitaja, vähintään yksi lähiesimies sekä yksi ylempi johtohenkilö. Yhteensä haastatteluun osallistui 25 henkilöä. Ammattiryhmät tulivat melko hyvin edustetuiksi (kts. taulukko 2.). Poikkeuksena olivat ylemmät johtohenkilöt, joista haastatteluun osallistui vain yksi. Ylempillä johtohenkilöillä tarkoitettiin esimerkiksi vanhustyön johtajia tai ylihoitajia. Tällä saattoi olla merkitystä tutkimustulosten kannalta. Tutkittavat haastatteluihin saatiin lähiesimiesten tai ylempien johtohenkilöiden avustuksella. Tutkija esitti toiveen, että tutkittavilla olisi vähintään kolmen vuoden työkokemus kotihoidosta, jotta heillä olisi tietty kokonaissisällöllinen tuntemus ja osaaminen. Tämä tavoite saavutettiin melko hyvin; neljällä haastateltavista oli alle kolmen vuoden työkokemus nykyisestä työstään.

Taulukko 2. Ammattiryhmien osuus haastatteluun osallistuneiden kokonaismäärästä (N=25).



Tutkija aloitti sisällön analyysin heinäkuun lopulla 2010. Elokuussa analysointi keskeytyi tutkijan sairastumisen vuoksi. Tutkija joutui aloittamaan analyysinsä lähes alusta, sillä laadullisen aineiston analyysi on syvällistä perehtymistä, uudelleen ja uudelleen lukemista, jotta kokonaisuus hahmottuu, asiat linkkiytyvät ja ymmärrys kasvaa. Haastattelujen analyysivaiheessa tutkija soitti joillekin tutkimukseen osallistuneille ja pyysi tarkentamaan kerrottuja asioita.

Pääpiirteissään tulokset olivat vihdoin valmiina hyödynnettäväksi syyskuun alkupuolella. Tällöin tutkija otti yhteyttä Porin perusturvan vanhustyön päällikköön ja esitti toiveen saada järjestää kotihoidon työntekijöille kehittämispäivän. Lupa myönnettiin. Tämän jälkeen tutkija otti yhteyttä jokaisen alueen lähiesimieheen tai/ja ylempään johtajaan ja alkoi heidän kanssaan järjestää kehittämispäivää. Koska alueita oli monta ja tarkoitus oli saada sekä ammatillisesti että alueellisesti kattava osallistujamäärä, oli haasteellista löytää sopivaa ajankohtaa. Kaikki alueet olivat kuitenkin innostuneita järjestämään tämänkaltaista päivää. Jälleen kerran tutkijalle välittyi kuva, että käytännön työntekijät kokivat aiheen tärkeäksi.

Kehittämispäivä järjestettiin marraskuussa 2010 Porin perusturvan isossa luentosalissa. Siihen osallistui kotihoidon työntekijöitä kaikilta yhteistoiminta-alueilta. Läsnä oli jälleen moniammatillinen osaajien joukko, jossa mukana olivat

myös ylemmät johtohenkilöt lähes kaikilta alueilta. Tutkija oli antanut osallistuville mahdollisuuden esittää kutsun kehittämispäivään myös muille sellaisille henkilöille, joiden olisi hyödyllistä olla läsnä. Yhteensä osallistujia oli 35 henkilöä. Yhtään lisäkutsua ei esitetty lukuunnottamatta tutkijan esittämää kutsua Satakunnan sairaanhoitopiirin Toimintakykyisenä ikääntyminen –hankkeen projektipäällikölle, joka estyi päällekkäisten menojen vuoksi tulemasta paikalle. Tutkija sopi kuitenkin tapaamisen projektipäällikön kanssa, mikä järjestettiin kehittämispäivän jälkeen. Tähän tapaamiseen osallistui myös vanhuspalveluiden päällikkö Porin perusturvasta ja Toimintakykyisenä ikääntyminen- hankkeen projektisuunnittelija Satakunnan sairaanhoitopiiristä. Tämän tapaamisen tarkoitus oli toisaalta raportoida sairaanhoitopiiriä koskevista tutkimustuloksista ja lisätä näin yhteistyön mahdollisuuksia eri toimijoiden välillä, ja toisaalta auttaa kehittämisehdotelmien työstämistä. Kaiken kaikkiaan tutkijalla oli tapaamisia projektipäällikön kanssa kaksi, joista molemmat vuoden 2010 lopulla. Tapaamisissa suunniteltiin myös yhteistyössä kotiuttamisen mallintamista. Valitettavasti yhteistyötä ei voitu viedä loppuun opinnäytetyöhön varatun ajan loppumisen takia.

Kehittämispäivän aluksi tutkija esitti tutkimustulokset. Kohta kohdalta käytiin läpi sekä hyvin toimivat että haasteellisiksi koetut käytännöt. Tämän jälkeen tutkija jakoi osallistujat ryhmiin yhteistoiminta-alueittain, joissa lähdettiin työstämään kullekin ryhmälle nimettyä aihetta. Aiheet olivat aineistosta nousseet kehittämistä vaativat käytännöt. Osatavoitteena oli tuloksista oppiminen, jonka ajateltiin mahdollistuvan innovatiivisen ryhmätyön ja vuorovaikutuksen kautta. Ryhmät saivat noin 30 minuuttia aikaa miettiä menetelmiä, joilla asioihin olisi mahdollisuus hakea ratkaisua. Vaihtoehtoina ei ollut minkäänlainen suora resurssien lisäys kuten henkilöstömäärän lisääminen esimerkiksi sijaistyövoiman käyttö. Tämän jälkeen kukin ryhmä esitteli pohdintansa ja mahdolliset kehittämisideat. Jokaisen esityksen jälkeen kaikilla osallistujilla oli mahdollisuus kommentoida. Näissä yhteyksissä syntyi avointa keskustelua ja puheenvuoroja pyydettiin. Tutkija teki keskusteluista muistiinpanoja ja hyödynsi niitä kehittämisehdotusten tekemisessä. Kehittämispäivän eräänä johtoajatuksena oli toimintatutkimuksen yksi luotettavuuden kriteeri: ”Ei ole olemassa yhtä ainoaa totuutta – on monia tapoja erehtyä ja yhtä monia olla oikeassa”(Anttila 2006, 445).



Jokainen ryhmä onnistui kaiken kaikkiaan melko hyvin ryhmätöissään. Muutamalla ryhmällä oli hankaluutta löytää ratkaisua joihinkin ongelmiin. Tässä vaiheessa tutkijan rooli oli ryhmän ohjaajana toimiminen, jolloin keskeiseksi asiaksi tuli ryhmien pitäminen kiinni juuri siinä asiassa kuin piti. Lopulta kukin ryhmä oli kehittänyt ainakin yhden tavan, jolla saattaisi olla mahdollisuus ratkaista ongelma. Ryhmissä ehdotettiin muun muassa kotiuttamisen mallintamista, jolloin kotiuttaminen kuvattaisiin tietynlaisena asiakkaan polkuna, josta ilmenisivät myös työntekijöiden vastuujaot. Mallintamisella ajateltiin olevan hyödyllistä vaikutusta kotiuttamisen ennakkointiin. Asia nähtiin keskeiseksi monien osallistujien näkökulmasta. Toiseksi ehdotettiin kotihoidon läheteiden vakiinnuttamista ja yhdenmukaistamista. Koska kotiuttamiseen näytti tulosten perusteella liityvän erilaista ongelmaa viestinnässä ja esimerkiksi asiakkaiden lääkitystiedot eivät siirtyneet luotettavalla tavalla yksiköistä ja organisaatioista toiseen, uskottiin lähetekäytännön uudistamisen voivan vaikuttaa ainakin osaltaan tähän asiaan. Kehittämisehdotelmaksi esitettiin myös vastuuhuoltajamallin käyttöönotto, josta yhdellä alueella oli varsin hyviä kokemuksia. Toisaalta menetelmä sai myös kritiikkiä, sillä joillakin alueilla tämä käytäntö oli aikanaan ollut kokeilussa, mutta se koettiin henkisesti liian kuormittavaksi. Kuormittavuutta tässä mallissa aiheuttivat sellaiset asiakkaat, jotka syystä tai toisesta tarvitsivat enemmän hoitoa ja palvelua verrattuna keskimääräisesti muihin kotihoidon asiakkaisiin. Toisaalta keskustelussa tuotiin kannanottoja myös siihen, että vastuuhuoltajamallia voidaan kehittää myös siten, että se huomioi tällaiset tilanteet, jotta yksittäiset työntekijät eivät koe työtään liian raskaana. Vastuuhuoltajuudella ja lähetekäytännön vakiinnuttamisella uskottiin voitavan parantaa asiakasturvallisuutta.

Tutkija keräsi kehittämispäivästä palautteen. Päivän lopuksi tutkija jakoi kyselykaavakkeen, jonka jokainen osallistuja palautti nimettömänä. Palautelomake sisälsi esimerkiksi kysymyksiä päivän sisällöstä ja siitä saadusta hyödystä. Tilaa oli myös avoimelle vastaukselle. Palautteiden mukaan päivään oltiin tyytyväisiä. Negatiivista palautetta tuli muutamilta henkilöiltä. Palautteissa pahoiteltiin ajoittaista luennoitsijan äänen huonoa kuuluvuutta. Tutkijan toiveena oli, että kehittämispäivän aikana pystyttäisiin luomaan edellytykset kehittämistoiminnan jatkamiselle löytämällä joitakin sellaisia kohteita, joita kehittämissuunnitelmien kautta voitaisiin lähteä toteuttamaan. Tähän ei haluttu lähteä, vaikka osallistujat esittivät kehittämisehdotelmia.

Seuraavassa kappaleessa esitetään haastatteluaineistosta nousseet ja kehittämispäivässä käsitellyt tulokset. Tuloksissa painottuvat kehittämistä kaipaavat käytännöt. Aineistosta nousseet hyvät käytännöt on esitetty kehitystä kaipaavien käytäntöjen yhteydessä.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Kotiutusten ennakoimattomuus

Kysyttäessä, mitä asioita kotiutukseen liittyy, vastaajat eivät yleensä maininneet, että asiakkaan lähettäminen sairaalaan oli yhteydessä sairaalan jälkeisen kotihoidon tai kotiuttamisen onnistumiseen. Useimpien haastateltavien kuvaukset kotiuttamisesta alkoivat siitä, kun sairaalasta tuli ilmoitus asiakkaan kotiinpaluusta. Yhden alueen työntekijät sisällyttivät kuvauksessaan kotiuttamiseen kuuluvan myös asiakkaan sairaalaan lähettämisen.

*”Se on valmisteltava hyvissä ajoin. Oikeastaan jo ennen kuin asiakkaasta tulee potilas ni pitäisi ajatella, että hän kotiutuu joskus” (YTA B)*

*” Siinä vaiheessa, kun tiedetään, et asiakas on jäänyt sairaalaan niin lähdetään miettimään tulevaa kotiutusta. Kysellään, kuinka pitkään mahdollisesti on pois.” (YTA B)*

Toisaalta aineistossa ilmeni myöhemmin lausumia, jotka poikkesivat edellisistä suorista lainauksista. Tämä saattoi selittyä sillä, että osa vastaajista kuvasi sen pohjalta, millaista kotiuttamisen teoriassa odotettiin olevan, vaikka se ei aina käytännössä toteutunut.

### 7.1.1 Yhteistyön vähäisyys kotihoidon ja sairaalan välillä

Haastateltavien kuvaukset kotiuttamisesta alkoivat siitä, kun sairaalasta tuli ilmoitus asiakkaan kotiinpaluusta. Ilmoitus tuli haastateltavien mukaan korkeintaan kaksi päivää ennen sairaalassa suunniteltua kotiutuspäivää tai samana päivänä muutama tunti ennen asiakkaan lähtöä sairaalasta.

*”Ei siält osastolt ain soiteta et tulee kotiin ja soitetaa pienel varotusajal. Et saatetaa tänää soittaa, et tulee huomen kotii. Eikä välttämät oo ollu missää palveluje piiris.” ( YTA D )*

*”Kyl meil tulee semmosiiki soittoi, et kotiutuu tänään tai et se meni jo ( kotiin).”( YTA B )*

Soittoa ei kuitenkaan aina tullut lainkaan tai soitettiin asiakkaan jo lähdettyä sairaalasta.

*” Ja niinki, et asiakas itte soittaa kotoo, et misä te ootte, ku ei oo tultu käymää.” ( YTA C )*

*” On monta kertaa tullu sillai kotiin, ettei oo mitään ilmoitettu. Semmosiiki on ollu, et kun ei oo ollu omaisia eikä ketään muutakaan ja talvenselkään kotiutettu puulämmitteiseen tupaan.” (YTA E)*

*” Justiin yhtenä päivänä tuli erikoissairaanhoidost asiakas kotiin, mut ei itte yhtään tienny missä asuu. Taksi oli pyöriny ympyrää. Kukaan ei meille ollu ilmottanu. Sit oli joku ulkopuolinen lopulta ohjannu taksin oikeeseen paikkaan ja otti sit meihin yhteyttä, et jos mentäis kattoo.” (YTA E)*

Toisinaan ja verrattain usein kerrottiin taksinkuljettajan tekevän ilmoituksen. Tätä tapahtui pienemmillä alueilla.

*” Aika usein taksit soittaa, et asiakas tulee kotiin takas.” (YTA A)*

*” Yleensä se on taksi, ku soittaa, et millai tänne pääsis sisälle.” (YTA E )*

Kotihoidon työntekijät soittivat hyvin harvoin osastolle ja tiedustelivat asiakkaansa tilannetta ja mahdollista kotiutumista. Yhteys osastolle syntyi vasta siinä vaiheessa, kun osastolta ilmoitettiin asiakkaan kotiutumisajankohta.

Poikkeuksen teki Ulvila, jossa oli kehitetty yhteydenpitoa oman terveyskeskussairaalan kanssa. Tämä oli koettu hyväksi, mutta sitä ei oltu kehitetty muiden sairaaloiden kanssa.

*” Me itse ollaan tehty sairaalamme kans yhteistyötä, et yritetään kehittää sitä, et kotihoidon ja sairaalan työntekijät itse ottaisivat toisiinsa yhteyttä, et mikä on kunto ja koska mahdollisesti kotiutuu. Ja sit sairaalast soitetaan, et miten on pärjätty.”*

Käytäntö, jossa kotihoidon työntekijät ja vastaavasti vuodeosaston hoitajat pitivät puhelimitse yhteyttä toisiinsa, jolloin molemminpuoleinen tiedonjakaminen mahdollistui, oli kotihoidon mukaan auttanut muun muassa työaikajärjestelyissä ja resurssien kohdentamisessa. Työntekijät kokivat sen lisäävän myös asiakkaiden ja omaisten turvallisuudentunnetta, koska heidän mielestään tämänlainen toiminta osoitti kotihoidon vastuullisuutta ja hoidon jatkuvuutta.

*”Vastuuhoitaja ku soittelee ja sille soitellaa, ni se tieto tulee sellaisenaan, et se ei tuu monen mutkan kautta.”*

*” Se auttaa meitä kohdentamaan resursseja paremmin ja meen työjärjestelyjä.”*

*” Sit se tietenki palvelee asiakkait ja omaisii. Vaik on siel sairaalas ni tietää, et kotihoito on vastuullinen ja huolehtii ja on paikka mihin vois palata.”*

Vähäinen yhteydenotto korostui myös yhteispäivystyksessä, josta haastateltavien mukaan ei soitettu koskaan, jos asiakas palasi kotiin tai siirtyi vuodeosastolle.

*”Päivystyksestä ei kyllä ikinä soiteta.” ( YTA D )*

*”Päivystyksestä ei kyl ilmoitella et on tullu takas kotiin.” ( YTA B )*

*” Kyl meil palautuu asiakkaat päivystyksestä ilma mitää soittoa.” ( YTA A )*

Lähes kaikilla alueilla kotiutusten ennakoimattomuus vaikutti siihen, että sairaalasta kotiutumassa olevia asiakkaita ei pystytty ottamaan kotihoitoon, jos ilmoitus kotiutumisesta tuli liian myöhään. Tässä yhteydessä aineistosta ilmeni, että kotihoidon kannalta liian myöhäinen ilmoitus tarkoitti yhtä päivää tai toisinaan jopa viikkoa ennen tapahtuvaa sairaalan yhteydenottoa.

*” Listat on tiukat, ainakin viikoksi eteenpäin.” (YTA D)*

*” Jos siältä tulis Keskussairaalarast vaik nyt kotiin kello 19 tänään, voitteko ol vastaanottamas siin alus viikko tai kaks, ni meil ei oo niinko resurssei semmosee. Meit sitoo ne paikat, mihi me ollaa sitouduttu hoito- ja palvelusuunitelmanki mukaa.” (YTA D)*

*” Nopeita kotiutumisia tulee ja pitääki tulla. Mut meillä ei oo resursseja tähän tai ottaa vastaan näitä.” (YTA B)*

Ennakoimattomat kotiutukset näyttivät aineiston perusteella lisäävän sitä, että asiakkaat joutuivat jäämään sairaalaan vielä muutamaksi ylimääräiseksi päiväksi. Tapauksissa, joissa sairaala ei ilmoittanut asiakkaan palaamisesta, kotihoito järjesti asiakkaan kotihoidon. Asiakasta ei yleensä lähetetty tämän vuoksi takaisin sairaalaan.

*” Jos asiakas on vielä sairaalas ja yhteydenotto kotiin palaamisest tulee, niin yleensä me pystytään puhumaan sitä petiaikaa.” ( YTA D)*

*” Sen palvelusysteemin rakentaminen ei käy kahdes tunnis.” (YTA C)*

*” Kyl määki oon sanonu ( sairaalan henkilökunnalle ), et jos nyt perjantaina tämmönen kotiutuu, ni se on sit teidän vastuulla ensimmäiseen arkipäivään. Et se on semmone, mikä kyl joskus tehoo.” (YTA C)*

Merikarvia teki tulosten osalta tässä kohtaa poikkeuden, sillä tällä alueella kotiutumisia ei koskaan tarvinnut siirtää toiseen ajankohtaan.

*” Aina ku kotiutumisii on ollu, on sitte kiireenpää tai rauhallista, niin kaikki on aina pystytty hoitamaan ja palvelut saatu pelaamaan. Sellaista en edes muista, et nyt ei mahdu mihinkään. ”*

Tässä tutkimuksessa ei ollut käytössä varsinaisia lukuja siitä, miten paljon kotiutumisia kullakin alueella tuli. On mahdollista, että Merikarvialla kotiutumisia oli vähemmän. Toisaalta aineistosta nousi esiin tekijöitä, joilla oletettiin olevan vaikutusta siihen, miksi Merikarvialla kaikki kotiutumisesta pystyttiin hoitamaan tarpeen mukaan.

*” Meil ei oo sairaanhoitajaa viikonlopui. Mut sit jos joku tämmönen tulee, vaik i.v. –antibiootti, ni kyl me sit ollaa oltu. Ollaan sitouduttu se tekemään. Asiakkaan ei sen takii tarvi olla sairaalassa, jos hän vaa muute pystyy oleen kotona.”*

*” Ollaan yritetty pitää perjantait sillai, et olis rauhalline päivä, et jos on just jotaki sairaalast kotiutuvia, ni on vähä varaa siinä.”*

Erityisesti ensimmäinen lausuma osoitti sitoutumista työhön ja joustavaa työtettä. Yleisesti ottaen tällainen käytäntö vaatisi jonkinlaista varalla olemista ja siihen suhteutettua palkkausta. Tässä tapauksessa käytännön mahdollisti työntekijöiden henkilökohtainen tahto toimia näin. Tämä työntekijöiden sitoutuminen työhön oli saattanut tuoda merkittävääkin säästöä, mikäli näin oli toimittu useiden vuosien ajan riippuen tietysti siitä, miten paljon kotiutumisia oli ollut ja montako käyntiä esimerkiksi vuorokauden aikana oli tarvittu.

### 7.1.2 Hoitokokousten vähyys

Lähes kaikkien yhteistoiminta-alueiden haastatteluissa ilmeni, että hoitokokoukset kotiutusten yhteydessä jäivät pitämättä. Hoitokokousten tarpeellisuutta painotettiin lähinnä niissä tilanteissa, joissa kotihoidon asiakas oli ollut pitkään sairaalahoidossa, hänen tilanteessaan oli tapahtunut jokin hoidon ja palvelun tarpeen kannalta merkittävä muutos tai asiakas oli kotihoidolle uusi. Kysymys oli mitä suuremmassa määrin asiakkaiden hoidon jatkuvuudesta.

*” Jos ajatellaan tämän vuoden sellaisia kotiutumisia ( tammi-huhtikuu 2010), joissa olis kotiuttamispalaveri ehdottomasti pitänyt pitää, niin kyl kaikis näis on jääny pitämättä.” (YTA D)*

*” Keskussairaala tasol tai Kaupungisairaala tasol ni eihän semmosta hoitopalaverikäytäntöä oo lainkaan.” (YTA D)*

*” Ennen oli enemmän näitä moniammatillisia kotiuttamispalavereja. Nykyisin, vaik luulis, et tarve olis vielä isonpaa niin niit on vähän.” (YTA B)*

*” Ei uusillekaan asiakkaille aina ole hoitopalaveria.” (YTA B)*

*” Hoitokokoukset siel sairaalas on kyl hiipunu. Et jos edes sillo ainaki, ku asiakas o ollu sairaalas pidempää.” (YTA C)*

Pomarkussa sairaalassa järjestettävät hoitopalaverit näyttivät olevan yleisempiä kuin muilla alueilla. Tällä alueella kotihoito järjesti hoitokouksen sairaalasta kotiutumassa oleville asiakkaille, jotka olivat pitkään olleet sairaalassa tai asiakkaille, joilla ei ollut aikaisempaa kotihoidon asiakkuutta.

*” Jos on jotenkin erityisen vaativa potilas, niin pidetään hoitopalaveri.”*

*”Alkoholisteille pidetään aina. ”*

*”Jos on uusi kotihoidon asiakas, niin pidetään lähestulkoon aina. ”*

Yhden alueen aineisto poikkesi siltä osin, että heidän mielestään sairaalassa järjestettävissä hoitokokouksissa oli paikalla liikaa moniammatillista henkilöstöä. Tästä huolimatta hoitokokouksia järjestettiin toisinaan.

Toisen yhteistoiminta-alueen aineistossa nousi vahvasti esiin hoitokokousten epäonnistuminen. Vaikka hoitokokous järjestettiin, se ei vastannut tavoitteita.

*” Ne on arkipäiväsempii, et käydää vaan tervehtimäs siel huoneessa, et ei oo papereit tai muita paikalla.” (YTA D)*

*” Olen ollut näissä sängynlaitapalvereissa, et sairaalast on soitettu, et olis tarvetta, et tulisitteko käymään. Ja sit oot sängyn vieres asiakkaas kans kahdestas. Ja kun hänest ei tiedä yhtikäs mitää. Et siin täytyy itte selvittää, mikä häne kuntos on ja mitkä ne sairaudet on.” (YTA D)*

*” Jos ne soittaa ( osastolta ), et tulkaa tän, et pidetää palaveri ja katotaa samal haavahoito. Sit ko menee sin ni siin voi mennä vaik puol tuntii ennenko siihe ilmestyy hoitaja. Yks kerta oli niin, et se sano, et häne täytyy tunnustaa, et ei hän tiedä, miten tätä haavaa laitetaa” (YTA D)*

Miksi hoitopalaverit jäivät pitämättä tai miksi ne epäonnistuivat? Edellinen suora lainaus antoi osaltaan vastausta tähän kysymykseen. Vaikutti siltä, että niihin ei osastolla valmistauduttu. Osastojen henkilökunta ei ehkä kokenut vastuuta palaverien järjestämisestä. Se, mistä tämä johtui, vaatii selvitäkseen erillisen kartoituksen. Taustalla saattoi olla esimerkiksi osaamiseen tai kulttuuriin liiityvä asia. Osaston henkilökunta ei välttämättä nähnyt potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisuutta ja sitä, että hoitokokouksilla saatettiin voida paremmin turvata hoidon jatkuvuus ja ehkä vähentää sairaalahoitoon palaamisia. Toisaalta kotihoito ei ehkä riittävästi vaatinut hoitokokousten järjestämistä.



*” Joskus on käyny niin, että jos me ( kotihoito ) ollaan pyydetty hoitopalaveria niin sitä ei olla pidetty, mut ain jos osastolt pyydetään meitä niin silloin se on pidetty.” (YTA B)*

*” Jos siin puhelimes ehdotat hoitokokousta tai alat kysellee, ni sielt voi tul hyvinki töksäyttävää sävyä, et ei mul o tääl ny aikaa, et mun täytyy men sin ja ton.” (YTA D)*

Tutkittaessa aineistoa kokonaisuutena vaikutti myös siltä, että oli epäselvää, kuka lopulta oli vastuussa hoitokousten järjestämisestä, koolle kutsumisesta ja vetämisestä. Hoitopalaverit saattoivat jäädä pitämättä myös siitä syystä, että yleisesti ottaen kotihoidon ja sairaalan yhteydenpito oli vähäistä, kuten edellä todettiin.

## 7.2 Erilaiset käytännöt

### 7.2.1 Asiakkaan lähettäminen sairaalaan

Lähetettäessä asiakasta esimerkiksi ambulanssilla sairaalaan, kotihoidon työntekijät eivät pääasiassa laittaneet hoitajalähetettä mukaan. Tällaista käytäntöä oli kokeiltu, mutta haastateltavien mukaan se ei ollut toiminut, sillä lähetteet olivat kadonneet kuljetuksen aikana. Ennen haastattelua kotiuttamiskoordinaattori oli puuttunut tähän asiaan neuvottelemalla sairaankuljetuksen edustajan kanssa. Neuvotteluissa korostettiin tämän potilasasiakirjan tärkeyttä asiakkaan turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Neuvotteluiden jälkeen kotihoidon työntekijät eivät olleet ottaneet yhdenmukaisesti lähetekäytäntöä uudelleen käyttöön. Tämä ilmeni suorista lainauksista.

*” Ei me olla kirjoitettu sairaalaan mitään hoitajan lähetettä, kun ei sitä aina ole mukanaan, kun kotikäynnille mennään.” (YTA B)*

*” Ei meillä mitään virallista lähetekäytäntöä ole ollut.” (YTA E)*

Toisaalta aineistosta löytyi lainauksia, joissa hoitaja kertoi kirjoittaneensa lähetteitä. Käytännöt vaikuttivat vaihtelevan enemmänkin henkilöittäin kuin alueittain. Eli toiset hoitajat kirjoittivat lähetteen ja toiset eivät. Yhdenmukainen ohjeistus asiasta puuttuu.

Ulvilassa käytössä oli kotihoitokansio, joka laitettiin aina mukaan lähetettäessä asiakasta sairaalaan. Kansio sisälsi tietoa paitsi asiakkaan lääkityksestä myös esimerkiksi tietoa fyysisestä, sosiaalisesta tai psyykkisestä toimintakyvystä, diagnosoiduista sairauksista, allergioista ja niin edelleen. Lisäksi alueella kirjoitettiin myös hoitajalähete, jos asiakas jouduttiin lähettämään sairaalaan. Sekä kotihoitokansio että hoitajalähete oli ollut käytössä alueella jo varsin pitkään ja siitä oli saatu hyvää palautetta joistakin sairaaloista.

### 7.2.2 Kirjaaminen

Kotihoidon kirjaamisen käytännöissä esiintyi jonkin verran vaihtelua. Lähes kaikki alueet olivat aloittaneet keväällä 2010 kotihoidon käyntien kirjaamisen Effica hoitotietoihin. Kirjaamisen sisältö ja tavat vaihtelivat alueittain. Ulvilassa ja Noormarkussa jokainen käynti ja suorite kirjattiin, mikä ilmeni alueiden suorista lainauksista.

*” Huhtikuun alusta ( 2010 ) olemme kirjanneet Efficaan kaikki kotikäynnit eli niinko suoritteet. Eli kaikki käynnit, hoitotoimenpiteet ja kaikki muut asiat.”*

*” Me kirjaamme kotihoidos ihan jokaisen käynnin Efficalle.”*

Muilla alueilla kirjattiin käyntejä, joissa painopiste vaikutti olevan sairaanhoidollisissa käynneissä. Kodinhoitajan, perushoitajan, lähihoitajan käynneistä kirjattiin, jos käynteihin liittyi jotakin tavallisuudesta poikkeavaa. Näiden kirjausten perusteella ei kuitenkaan aina voitu suoraan päätellä esimerkiksi sitä, kuinka usein asiakkaan luona käytiin.

*” Meil kirjataa kaikki sairaanhoidolliset käynnit Efficalle.” (YTA C)*

*” Kotihoito kirjaa kaikki poikkemat siin asiakkaas sin Efficaa. Et jos tulee jotaki, ni muutki tietää nää asiat.” (YTA C)*

Yhden alueen suorista lainauksisata ilmeni, että kotikäyntejä ei kirjattu Effica järjestelmään.

*” Meillä on Efficalla oma kotihoitosivu, mutta ei me olla opeteltu sinne kirjaamaan.” (YTA E)*

*” Meillä on oma vihko käytössä, johon me kirjataan, jos on vaik joku lääke jääny ottamatta tai muuta semmosta.” (YTA E)*

### 7.2.3 Kotiutuksista ilmoittaminen

Kaksi alueista koki ongelmaksi kotiutuksista ilmoittamisen. Ongelmalliseksi katsottiin se, että yhteydenotto sairaalasta saattoi tulla kenelle työntekijälle tahansa. Osa kotihoidon lähiesimiehistä ja terveydenhoitajista olivat sitä mieltä, että ilmoitus pitäisi tulla terveydenhoitajille. Tätä perusteltiin sillä, että terveydenhoitajat työskentelivät käytännön työn parissa ja omasivat sairaanhoidollista osaamista.

*”Se on hankalaa kun sieltä osastolta otetaan minuun ( kotipalveluohjaajaan ) yhteyttä, kun aika vähän on sen arjen käytännön työn kans tekemisissä.” (YTA B)*

*” Toisinas ne soittaa siält ( sairaalasta ) mul suoraan ja sillo se menee hyvi, kun ne o sit aika semmosii sairaahoidollisii, mitä siält tulee.” (YTA C)*

## 7.3 Asiakasturvallisuus

### 7.3.1 Lääkehoito

Aineistosta nousi esille lääkehoitoon liittyvät puutteet ja virheet kotiuttamisten yhteydessä. Tämä aiheutti sekä työntekijöille lisätyötä että vaaransi asiakasturvallisuuden. Ongelma oli merkittävä myös siksi, että kaikilla alueilla se oli nostettu vahvasti esiin.

*” Just tuli yks insuliinidiabeetikko keskussairaalarast ja oli insuliinivaihdos. Meille ei ilmoitettu mitään. Sielt ei tullu lääkelistaa eikä mitään.” (YTA A)*

*” Usein joutuu soittamaan perään ( osastolle ) ja kysymään ohjeita. ” (YTA A)*

*” Kaikis kotiutumisis saattaa olla virheellisyyksiä lääkelistassa eikä reseptejä oo mukana.” (YTA A)*

*” Mul on semmone tapa, et mää aina soitan kumminki viäl osastol ja kysyn lääkkeet. Vaiks siäl ollaa vähä nuivii ja sanotaa, et kato siält lääkelehdelt. Mut silti mää ain kysyn ja sit kumminki ain huomataa, et ei ne kotilääkkeet ookkaa ne, mitä siäl lääkelehdel o. Et en mää tiä, kuka siäl osastol kuuluu niit päivittää. Ja se on kaikkien sairaaloitten kans sama juttu.” (YTA B)*

*” Lääkkeiden kans on ollu epäselvyyksiä. Tarvii aina tarkistaa lääkkeet. Ja sit on ollu epävarmuutta, et miks joku lääke on jääny pois, vaiks pitäis mennä. Sit on soitettu perään ja selvinny, et epähuomios se lääke on jääny pois.” (YTA E)*

*” Lääkelistat ei oo ajantasal ku osastolt tullaa kotii.” (YTA C)*

*” Meil on tämmönen Ilpo-järjestelmä, tämmönen sähköinen Ilmoita lääkepoikkeama, ni siin mä oon törmänny siihe, et on melkein enemmän sääntö kuin poikkeus, et saa tarkistaa tosi tarkkaan, et ku asiakkaat kotiutuu täst meen paikallisest tai erikoissairaanhoidost sen lääkityksen. Siel saattaa ol se lääkityslista puutteellinen tai lääkemäärät erilaisii. Tai on ne insuliinimäärät ihan eri, mitä oikeesti on. Et saa soittaa perään, et olihan se näin, et ei kai se voi olla tämmönen. Ei voi luottaa siihen, et onko resepti ees oikein.” (YTA D)*

*” Tarvii soitella perään, niinko tarkistella. Et ei voi luottaa. Työntekijän hälytyskellot soi, et ei tämmöst annost voi antaa. Ja ku soittaa perään ni lääkelista olikin iha eri.” (YTA D)*

Siihen, miksi lääkehoidossa oli näin paljon virheellisyyksiä, ei osattu vastata. Ainoastaan yksi haastateltavista nosti esiin omia epäilyksiään.

*” Luulen, et lääkehoidos luotetaa liikaa potilaan omaan kertomukseen ja sit hän ei ihan muistakkaan. Hoitotiedoos voi olla esimerkiks edellisvuodelta viimeinen sairauskertomus ja joskus tuntuu, että se lääkitys on poimittu sieltä. Ja se on voinu muuttuu vuoden aikana moneen kertaan.” (YTA D)*

Suora lainaus viittasi siihen, että sairaalassa potilaan lääkitystietoja kysyttiin häneltä itseltään. Haastateltava viittasi tässä yhteydessä myös siihen, että ikäänäntynyt kotihoidon asiakas ei välttämättä muista lääkityksiään tai antaa vääriä tietoja. Toisaalta haastateltava viittasi siihen, että sairauskertomuksissa olevaa lääkelistaa ei välttämättä ollut päivitetty, jolloin se saattoi olla vanhentunut ja näin virheellinen.

### 7.3.2 Kotikäynteihin käytettävä aika

Aineistosta ilmeni, että kotihoidon työntekijöiden tekemille kotikäynneille oli liian vähän aikaa. Tämän vuoksi ainakin kuntouttava työote, asiakkaan kokonaisvaltaisen

tilanteen selvittäminen ja arvioiminen sekä äkillisten kotiutusten hoitaminen oli hankalaa tai mahdotonta.

*” Me yritetään kotihoidos huomioida kuntouttava työote. Vaatii aikaa, ku ei tehdä asiakkaan puolest, ku odotella, et vaik laittaa sukat apuvälinein tai itsenäisesti. Mut seki aika voi olla silt toiselt kotihoidon asiakkaalt pois.”*  
(YTA D)

*” Me ei kyllä nykyisillä nopeilla kymmenen minuutin käynneillä kovin hyvin pystytty arvioimaan sitä ihmisen kokonaistilannetta. ”* (YTA E)

*” Kotona käymiset tehdään aina kovalla kiireellä. Kyllä sille asiakkaalle tulee turvaton olo. ”* (YTA E)

Erityisesti perjantait tai pyhäpäiviä edeltävät aattopäivät olivat monilla alueilla aivan erityisen hankalia kotiutumispäiviä. Samoin iltavuoron aikaan tulleet kotiutumiset olivat vaikeita. Osa alueista oli eritelty myös perusteita sille, miksi näin oli.

*” Iltavuorot o kyl nii tiukkaa laitettu, et ei siihe kyl voi mitää kotiuttamist hoitaa.”* (YTA C)

*” Jos asiakas perjantaina olis tullossa kotiin niin ei kyllä pystytty ottamaan.”*  
(YTA E)

*” Henkilökunnalla on perjantaina lyhennetty työaika, siksi emme pysty silloin ottamaan. Viikonloppuna tehdään töitä pienemmällä porukalla.”* (YTA E)

Se, miksi ilta- ja viikonloppua tai pyhäpäiviä edeltävät päivät olivat kotiutumisen hoitamisen kannalta vaikeita, näyttäisi aineiston pohjalta johtuvan siitä, että erityisesti iltaisin kotikäynteihin ei oltu jätetty lainkaan ajallista liukumaa-aikaa. Ainakin joillakin alueilla työntekijöiden työpäivät olivat lyhyempiä perjantaisin ja viikonloppuisin työntekijöitä oli vähemmän, jolloin toiminnassa painottui vain välttämättömien kotikäyntien tekeminen. Näin ollen, jos kotiutumisen jälkeen äkisti tarvittiin enemmän käyntejä, niitä oli vaikea tai jopa mahdoton järjestää. Poikkeuksen

teki Merikarvia. Kuten aiemmin todettiin, tällä alueella perjantai päivät pyrittiin pitämään rauhallisempina, jotta kotiutumisia pystyttiin hoitamaan. Työntekijät myös joustivat työvuorojensa suhteen.

## 7.4 Työn sisällön muuttuminen

### 7.4.1 Huonokuntoiset asiakkaat

Aineiston perusteella näytti siltä, että avohoitopainotteisuus näkyi kotihoidossa monisairaana ja yleisesti toimintakyvyltään huonompikuntoisina asiakkaina. Aineisto tuki myös sitä, että sairaalat olivat lyhentäneet hoitopäiviä, jolloin asiakkaat saattoivat palata kotiin heikkokuntoisina.

*” Meil tulee sairaalast asiakkait paljo huonommas kunnos, kun missä kunnos me ollaan lähetetty ne sinne.” (YTA D)*

*”Kyl sen kuntouttavan ja toimintakykyä ylläpitävän toiminnan pitäis näkyä enempi kaikil sektoreil. Ettei sit ko asiakas o koton vähä aikaa ja joudutaanki sit laittaa hänet takasi sairaalaan kuin jos siihä satsattais. ” (YTA D)*

*” Niitäki tulee, et täytyy heti lähettää sairaalaan takasin, ku asiakas ei pärjää omassa kodissaan.” (YTA C)*

*” Vanhusten kohdal ollaan koton vähän kiikun kaakun, et viikkokin on taas voitettu.” (YTA B)*

*” Nyt o koton semmosii, jotka ei aikasemmi olis ollu koton ollenkaa. Ne olis ollu vanhainkodis. Et kyllähä tää kokonaisuudes porukka on huonompikuntosempaa asiakaskuntaa.” (YTA C)*

Osa haastatelluista korosti kuntouttavaa työtettä. Sen toteutumiseksi koettiin tarvittavan enemmän aikaa kotikäynteihin. Kahdella alueella nostettiin esiin yhteistyön tärkeys fysioterapeuttien kanssa erityisesti kotiutusten yhteydessä.

*” Mä oon kokenu hyväks, jos liikuntakyky on muuttunu, ni tulee jumppareitten kans kotona käymään ja katotaan, miten onnistuu sängystä nouseminen pyörätuoliin, pyörätuolist vessaan ja ne liikkumiset kotona, et mihi tarvittas kahvaa ja muuta ja sit o viäl menty takasi sairaalaa ja sit vast tultu kotii. ”*  
(YTA C)

Ulvilassa fysioterapeutin työpanosta oli kohdennettu kotiutusten hoitamiseen. Fysioterapeutti työskenteli sekä sairaalan vuodeosastolla että kotihoidossa.

*”Meil on yks fysioterapeutti, mikä tekee pääasiallisesti työtä täs kotiuttamises. Eli käy tarkistamas kodin olosuhteet, asuinmukavuudet ja jos vaan apuvälinein pystytään sitä kotiuttamist nopeuttamaan niin meil on kyl aika hyvin siihen satsattu.”*

#### 7.4.2 Alkoholi- ja mielenterveysongelmaiset

Kaikkien kotihoitojen asiakkaina ei ollut alkoholidemetoituneita. Näin jotkut haastateltavat kertoivat haastatteluissa. Enemmän kerrottiin olevan päihteiden käyttäjiä ja erilaisista mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita. Erään alueen haastattelussa syyksi alkoholidemetoituneiden asiakkaiden vähäisyyteen katsottiin olevan kotihoidon riittämättömät resurssit hoitaa tällaista asiakasta kotona. Toisin sanoen, jos alkoholiongelmalla ilmeni alkoholimentiaan viittaavia oireita, häntä ei enää kyetty auttamaan kotihoidon keinoin.

Ainoastaan yksi alue koki selvästi merkittäväksi käytännön ongelmaksi mielenterveys- ja alkoholiongelmiaisten asiakkaiden kotiuttamisen ja kotihoidon.



*” Meillä on kyllä alkoholidemtoituneita ja alkoholiongelmaisia muutenkin.”  
( YTA E )*

*”Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lisääntyneet ihan jo ikäihmistenkin joukos. Näyttää lisääntyvän tämmöisten asiakkaiden kohtaaminen.” ( YTA E )*

Ongelmiksi eriteltiin lääkitykseen liittyviä erityiskysymyksiä ja työntekijöiden turvallisuusnäkökulmat.

*”Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kans mietityttää nää lääkkeiden kokonaisvaikutukset ja kaikki.” ( YTA E )*

*” Voi olla niin, että asiakas kohtelee kotihoidon työntekijöitä kaltoin ja siel saa aina pelätä.” ( YTA E )*

Aineistosta nousi esiin myös lausumia, jotka viittaavat kotihoidon henkilöstön osaamiseen.

*” Jos asiakkaalla on päihdeongelma tai muu semmonen ni olis hyvä, jos siitä keskusteltais meiänki kans ni olis helpompi jatkaa siitä ( sairaalasta kotiutuminen ).” ( YTA E )*

*” Mää oon aina peräänkuuluttanu sitä, et sitä kissaa ei ole nostettu pöydälle ( sairaalassa ). Sitä on niinku hyssytelty siel hoitokokouksessa, vaikka sairaalan työntekijät ja omaiset tietää. Mun mielest se niinko nimenomaan pitäis ottaa esille ja puhuu siinä. Se on oleellinen sen palvelutarpeen kartoituksen, sen palvelun sisällön kannalta. Et miten me niinku lähdetään liikkeelle tästä.”  
( YTA E )*

*” Olis tärkeä tietää, jos on mielenterveys- tai päihdeongelma, et osais suhtautua, kohdata ja järjestellä aioita niin, et voitais hoitaa.” ( YTA E )*

Mielenkiintoiseksi asian teki erityisesti se, että kyseisellä alueella oli myös kokemuksia sellaisesta toimintakäytännöstä, josta oli ollut apua mielenterveys – ja päihdeongelmaisen kotiutumisessa.

*” Muistan kotiuttamistilanteen, jossa asiakkaalla oli diagnosoitu psykiatrisii sairauksii niin psykiatri osas tosi hienosti avata sitä sairautta minulle ja pukee esimerkeiksi käytännön tasol. Et miten kotihoidon kannattaa suhtautuu, miten kannattaa toimia, semmosii konkreettisii työvälineitä. Siitä sai tosi paljon apua.” ( YTA E )*

Vaikutti siltä, että alue koki osin riittämättömyyttä auttaa, kohdata ja hoitaa näitä asiakkaita. Heillä oli myös näkemyksiä siitä, millä keinoin tähän tarpeeseen voitiin vastata.

*” Nyt tuntuu siltä, että ollaa pikkuhiljaa menos siihe, et me korvataa mielenterveysyksikön palveluita osittain. Et minust psykologi vois tehdä enemmän kotikäyntejä. Ja ko näit hoitokokouksii pidetään ni just hänet mukaan näihin. He vois auttaa siin, miten toimittais. ” ( YTA E )*

Siihen, miksi muilta alueilta ei noussut vastaavanlaisia tarpeita, oli vaikea tämän tutkimusaineiston pohjalta vastata. Edellä mainittiin yhden alueen näkökulma, jossa viitattiin siihen, että resurssit eivät riittäneet ainakaan alkoholidementoituneiden asiakkaiden hoitamiseen. Toisaalta tutkimus oli rajattu koskemaan yli 75-vuotiaita sekä alkoholidementoituneita. Oli mahdollista, että haastateltavat eivät korostaneet mahdollisia kotiutustilanteita alkoholiongelmaisten asiakkaiden kanssa, koska rajanveto sille, milloin asiakas oli alkoholiongelmansa vuoksi dementoitunut, saattoi olla vaikeaa tai sitä ei ollut diagnosoitu. Se, miten paljon eri alueilla oli mielenterveys- ja päihdeongelmaisia kotihoidon asiakkaina, ei selvinnyt tämän aineiston perusteella.

## 7.5 Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset

Tulosten perusteella voitiin todeta, että eri yhteistoiminta-alueiden kotihoidoilla oli erilaiset toimintatavat kotiutusten hoidossa. Voitiin myös todeta, että kotiutusten katsottiin alkavan vasta siitä, kun sairaalasta otettiin yhteyttä kotihoitoon. Kotihoito ei yleensä ottanut yhteyttä sairaalaan asiakkaansa tilanteen selittämiseksi. Näytti siltä, että nämä asiat vaikuttivat myös siihen, miksi kotiutumistilanteet tulivat yllätyksenä ja liian myöhäisellä yhteydenotolla sairaalasta. Kotihoidon oli nykyisin resurssein vaikea lisätä päiväohjelmaansa yllättävää kotiutuksen hoitamista sen ajallisen tiukkuuden takia. Yhdellä yhteistoiminta-alueella oli lähdetty kehittämään yhteistyötä kotihoidon ja sairaalan välillä. Alue ei ollut lähtenyt kehittämään käytäntöä muiden kuin oman alueensa sairaalan kanssa. Kyseinen alue koki käytännön mahdollistaneen aikaisempaa peremmin asiakkaiden kotiutumisen ennakoinnin. Tuloksilla ei pystytty vastaamaan siihen, miten paljon sairaaloissa pidettävien hoitopalaverien tarve väheni. Kokemukset siis osoittivat, että puhelimitse tapahtuvalla yhteydenpidolla pysyttiin ajantasalla asiakkaan tilanteesta. Mikäli tällä menetelmällä usein onnistutaan merkittävästi saamaan riittävää tietoa asiakkaan tilanteesta voidaan kysyä, onko hoitopalaverien lisäys lopulta tarpeellista, vaikka tulokset osoittivat niiden tarpeellisuuden tietyissä tilanteissa.

Aineiston mukaan kotihoidossa oli vaihtelevia käytäntöjä. Sairaalat ilmoittivat vaihtelevasti kotiutumisista. Toisinaan ilmoitus tehtiin kotipalveluohjaajille ja toisinaan terveydenhoitajille/sairaanhoitajille. Kotipalveluohjaajat kokivat olevansa liian ”kaukana” sairaanhoidollisesta hoitotyöstä, joten he kokivat haasteelliseksi ottaa vastaan kaikkea sitä tietoa, mitä puhelimesta annettiin. Toisinaan kävi niin, että kotipalveluohjaaja pyysi sairaalaa ilmoittamaan kotiutumisesta vielä sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle. Terveys- ja sairaanhoitajat kokivat kotiuttamisen ongelmallisemmaksi, jos heihin ei oltu sairaalasta yhteydessä, koska kotiuttamiset sisälsivät paljon sairaanhoidollisia asioita. Edellä pohdittu puhelinyhteys kotihoidon ja sairaalan välillä saattaa tuoda ratkaisua asiaan.

Toinen vaihteleva käytäntö oli asiakkaiden lähettäminen sairaalaan. Hoitajalähetteen kirjoittamista tehtiin, mutta satunnaisesti, yhtä aluetta lukuunottamatta. Tällä alueella hoitajalähetete oli jo vuosia ollut vakiintunut käytäntö samoin kuin kotihoitokansio. Merkille pantava asia oli, että alue koki ongelmaksi virheet lääkityksissä asiakkaiden kotiuduttua. Näyttää siis siltä, että kotihoitokansioilla ja hoitajaläheteteellä ei pystytty

riittävästi vaikuttamaan siihen, että asiakkaiden lääkitystiedot olisivat kohdallaan kotiin palattaessa. Tutkimuksen aikana selvisi, että kotiuttamiskoordinaattori oli viestittänyt sairaankuljetukselle hoitajalähetteen tärkeydestä ja siitä, että tämän potilasasiakirjan tuli kulkea asiakkaan mukana sairaalaan. Oli kuitenkin epäselvää, minne lähete hoidon aikana hukkui.

Aineistosta nousi esiin, että asiakkaat olivat usein huomattavasti huonokuntoisempia palatessaan sairaalasta kuin sairaalahoitoon lähetettäessä. On mahdollista, että tämä johtui asiakkaan passiivisesta hoitotoimenpiteiden kohteena olemisesta sairaalahoidon aikana ja/tai hoitoaikojen lyhentymisestä. On syytä pohtia sitä, voivatko asiakkaiden huonokuntoisuuden olla syynä myös lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat. On myös selvitettävä, huomioidaanko sairaalassa riittävästi kuntouttavaa työtettä sekä sitä, pystytäänkö nykyisellä henkilöstömäärällä ja osaamisella vastaamaan huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden hoidosta.

Kaikilla kotihoidon alueilla oli käytössä sama sähköinen potilastietojärjestelmä keväästä 2010 alkaen. Haastattelujen aikaan kirjauskäytännöt olivat vaihtelevia. Toiset alueet kirjasivat kaikki käynnit riippumatta käyntien sisällöstä ja toiset alueet kirjasivat, jos asiakkaan tilanteessa oli jotakin erityistä. Yhdellä alueella efficaa ei käytetty juuri ollenkaan. Kirjauskäytännöt eivät olleet tasalaatuisia.

## 8 EHDOTUKSET KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMISEKSI

### 8.1 Kotiuttamisen mallintaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on tuonut esityksen uudesta ikälaista, jonka tavoite on turvata yli 75-vuotiaiden ja harkinnan varaisesti myös yli 65-vuotiaiden oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lakiehdotus oikeuttaa muun muassa yksilökohtaiseen palvelutarpeen arviointiin. Sen mukaan välttämättömistä huolenpitoon tarvittavista palveluista pitää päättää välittömästi ja kiireettömissä tapauksissa kolmen kuukauden

kuluessa.(Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 12.) Mikäli laki hyväksytään, se korostaa muun muassa nopeaa reagointikykyä ja palvelun joustavuutta tarpeita vastaavaksi. Aineiston perusteella voitiin todeta, että yhteistoiminta-alueet eivät täysin pystyneet vastaamaan äkilliseen hoidontarpeeseen. Voitiin myös todeta, että kotiuttaminen tarkoitti kaikkia niitä toimenpiteitä ja asiakkaan hoitoon liittyviä päätöksiä, joita tehtiin eri hoitoyksiköissä.

Kotiuttamisen mallintamisella tarkoitettiin tässä yhteydessä sen konkreettista suunnittelua ja kuvausta vaihe vaiheelta. Tulosten ja aikaisempien tutkimustulosten perusteella ehdotetaan kotiuttamisen vaiheiksi:

- Kotoa lähteminen ( huomioitava, että sairaalaan lähteminen voi tapahtua myös omaisen toimesta )
- Kuljetus sairaalaan ( sairaankuljetuksen aikainen osuus )
- Ennen varsinaista osastohoitoa tapahtuva hoito
- Osastohoito ja kotiin palaamisen ennakointi
- Kotiin palaaminen ja kotiutuminen.

Mallintamisessa tulee kuvata, miten asiakas siirtyy turvallisesti ja hoidon jatkuvuus huomioiden kodin ja sairaalan välillä. Vaiheet kuvaavat organisaatorajat ylittävän yhteistyön tärkeyttä. Kotiutuksen onnistumiseksi on erittäin tärkeää, että yhteistyötä eri toimijoiden välillä lisätään. On luotava areenoja, joissa eri osajat kohtaavat. Jokaisen osajaan näkökulma on aidosti tuotava esille ja lisättävä kunkin työn tunnettavuutta. Kehittämissäpäivän aikana kotihoidon työntekijät ehdottivat mallintamista. Mallintamisessa keskeiseksi nähtiin vastuujakojen selkeyttäminen eli jokaisen kotiuttamiseen osallistuvan rooli ja vastuut. Mallintamisessa voi näkyä myös toimijakohtaiset kotiuttamistoimintojen listat, jolla voidaan mahdollistaa hyvän kotiutumisen kannalta kaikkein tärkeimpien asioiden huomioimisen tasalaatuisesti.

Mallintamista voidaan tehdä esimerkiksi projektityön keinoin, Perusturvan vanhustyön johdon sekä ylihoitajien yhteistyöllä, jossa oma osuutensa tulee olla myös käytännön hoitotyössä mukana olevilla osajilla. Käytännön hoitotyössä mukana olevien osaamisen hyödyntäminen ja käytännönläheinen tieto-taito mahdollistaa käytännöllisten tekijöiden huomioimisen. Esimerkiksi asiakkaiden erilainen ohjaus

kotiin palaamisessa on osattava yksilöllisesti suunnitella. Tämä asia nousi esiin eräässä haastattelussa haastateltavan ollessa sitä mieltä, että kotiin palaamisen yhteydessä oli oltava tarkkana, miten paljon ohjausta ikääntyneelle kotiutuvalle asiakkaalle milläkin hetkellä oli järkevä antaa. Tällä asialla tarkoitettiin sitä, että kotiutuminen oli usein kokonaisvaltaisesti ikääntyntä asiakasta kuormittava.

Organisaatioiden välisen yhteistyön lisäksi on tärkeää yhteistyön onnistuminen eri ammattilaisten välillä. Kotiutuksen kehittämiseksi vaaditaan lääketieteen ja hoitotieteen osaajien asiakaslähtöistä yhteistyötä. Asiakaslähtöisyyden aito huomioiminen edellyttää näiden kahden erityisosaamisen hyödyntämistä tasavertaisesti päätöksenteossa.

## 8.2 Viestinnän kehittäminen

Haastatteluiden aikaan perusturvan yhteistoiminta-alueilla oltiin siirtymässä Effica potilastietojärjestelmään. Porissa Effica oli ollut käytössä jo pitkään, mutta muille alueille tietojärjestelmä oli uusi. Uuden oppiminen vei oman aikansa. Joillakin alueilla Effica koettiin vielä käytännössä hankalaksi käyttää ja kirjausta tehtiin käsin erillisiin vihkoihin. Se, mitä Efficaan kirjattiin, vaihteli alueittain. Joillakin alueilla kaikki käynnit kirjattiin, kun taas joillakin alueilla kirjattiin vain käynnit, joihin koettiin liittyvän jotakin erityistä. Myös sairaalan lähetettäessä viestinnässä oli ongelmia ja lähetteen kirjoittaminen mukaan vaihteli henkilöittäin. Myös aikaisemmat tutkimukset (Pöyry&Perälä 2003) ovat osoittaneet, että kotihoidon ja sairaalan välisessä tiedonkulussa on puutteita.

Potilaslain (785/1992) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi merkittävä potilasasiakirjoihin tarvittavat tiedot. Kotiuttamisen hallinnan kannalta tärkeää on hoidon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että tieto palveluun ja hoitoon liittyvistä asioista on kirjattu. Arkisista asioista koostuva käynti asiakkaan kotona voi tuntua kirjaamisen kannalta vähäpätöiseltä. Tällaisen käynnin dokumentoiminen saattaa olla hyvin tärkeä tieto suunniteltaessa

kotihoidon asiakkaan jatkohoitoa esimerkiksi yhteispäivystyksessä. Kirjaamisen suunnittelussa on huomioitava, että yhteispäivystyksessä työskentelevät eivät pysty lukemaan kaikkia kotihoidon käyttämiä sivuja Effica järjestelmästä. Kirjaamisen sisältö ja rakenne tulee yhdenmukaistaa suunnitelmallisesti ja opettaa työntekijöitä rakenteelliseen kirjaamiseen. Kirjaamisen sisällöstä päätettäessä tulee tehdä yhteistyötä eri yhteistyökumppaneiden ja sidosryhmien kanssa, jotka jollakin tavalla saattavat osallistua asiakkaan hoitoon. Kotihoidolle arkisilta tuntuvat asiat saattavat olla muiden hoitoon osallistuvien näkökulmasta jopa elintärkeitä esimerkiksi silloin, kun asiakkaan terveydentilassa tapahtuu äkillinen muutos. Tavoitte tulee olla hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Hyvä dokumentointi ja tilastointi tekee tehdyn työn näkyväksi ja tuo työntekijälle oikeusturvaa. Kotihoidon ulkopuoliselle asiakkaan hoitoon osallistuvalla henkilöllä tulee potilasasiakirjoista selvittää myös se, miten usein asiakkaan luona käydään.

Aineiston mukaan hoitajien kirjoittamat lähetteet katoavat kuljetuksen tai yhteispäivystyksessä tapahtuvan hoidon aikana. Toimivan lähetekäytännön etu on, että tarvittavat tiedot siirtyvät viiveettä asiakkaan mukana. Mikäli Efficaan tapahtuva kirjaaminen kehitetään sellaiseksi, että sen kautta yhteispäivystyksessä osataan ja pystytään etsimään hoidon toteuttamisen ja jatkuvuuden kannalta tarvittavat tiedot, ei lähetettä välttämättä tarvita. Edellytyksenä on myös se, että yhteispäivystyksen on aina saatava tietoonsa selkeästi lähettämisen syy. Kotihoidon Efficaan kirjaamiseen tulee usein viive, koska kirjaaminen ei tapahdu asiakkaan kotona vaan vasta myöhemmin. Usein asiakas lähtee sairaalaan ambulanssilla, joilloin tieto lähettämiseen johtaneista syistä tapahtuu sairaankuljetukselle. Yhteispäivystyksen kannalta tärkeä tieto on myös se, ketä asiakkaan on lähettänyt hoitoon ja mistä numerosta ja milloin kotihoidon tavoittaa. Kirjaamisen kehittämisessä on huomioitava yhteispäivystyksen tarpeet hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja arvioitava kirjaamisen onnistumista myös jatkossa.

### 8.3 Lääkehoidon toteuttaminen

Tutkimustuloksista nousivat vahvasti esiin lääkepoikkeamat. Sairaalaan kotiutumisten yhteydessä kotihoidon työntekijät kertoivat huomanneensa lähes aina,

että asiakkaat olivat saaneet sairaalassa väärää lääkettä, väärää lääkemannoksia tai he olivat olleet kokonaan ilman kotilääkkeitä. Tutkijalla oli tutkimuksen aikana tapaamisia Satakunnan sairaanhoitopiirin Kaste-hankkeen projektipäällikön ja osahankevetäjän kanssa. Näissä tapaamisissa tutkijalle selvisi, että lääkehoidon edellä mainitut ongelmat olivat erikoissairaanhoidon tiedossa. Asian parantaminen oli koettu vaikeaksi. Näyttää siltä, että lääkehoidon onnistumiseen vaikuttaa moni asia. Yhteistoiminta-alueilla oli käytössä lääkepoikkeamien seurantajärjestelmä ja haastatteluissa ilmeni, että raportoiduista asioista keskusteltiin. Myös jatkossa on tärkeää, että työntekijät ilmoittavat lääkepoikkeamista, ja että niistä on mahdollisuus oppia.

Kotihoidossa asiakkaiden lääkkeitä saattoi määrätä usea eri lääkäri. Tuloksista ilmeni, että asiakkaat kävivät ajoittain yksityislääkäreillä, joiden kautta lääkehoitoon saattoi tulla muutoksia. Tieto näistä ei tullut aina kotihoidon työntekijöille. Kotihoidossa olevat ikääntyneet olivat tutkimuksen mukaan selvästi aikasempaa huonokuntoisempia. He saattoivat kärsiä muistiongelmista. Tästä syystä on tärkeää, että omaiset otetaan mukaan lääkehoidon toteutukseen. Lääkehoitoon kuuluu, että asiakkaat ovat tietoisia käyttämästään lääkkeestä ja sen haittavaikutuksista. Asiakkaan ohjauksella ja opetuksella saattaa olla merkitystä myös kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Ikääntyneiden kohdalla omaisten mukaan ottaminen on tärkeää. Tämä saattaisi osaltaan vaikuttaa siihen, että omaiset olisivat valveutuneempia kertomaan tietoon tulevista asioista lääkehoitoon liittyen. Esimerkiksi omaisen viedessä ikääntynyttä yksityislääkärin vastaanotolle mukana tulisi olla lääkelista. Omaisen voitaisi myös ohjata ottamaan yhteyttä kotihoitoon, jos asiakkaalle tehdään lääkemuutoksia.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013 painottaa potilaan osallistuvuutta turvallisuuden parantamiseen. Strategian tavoitteina ovat:

- potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla
- vaaratilanteista raportointi ja oppiminen
- potilasturvallisuuden edistäminen riittävin voimavaroin ja suunnitelmallisesti
- potilasturvallisuusnäkökulman huomioiminen tutkimuksessa ja opetuksessa.

(Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 1.)



Kotihoidon työntekijät kertoivat käyttävänsä ja päivittävänsä aktiivisesti Efficassa olevaa lääkelehteä. Sen sijaan perusturvan yhteistoiminta-alueiden eri toimintayksiköissä ei ole suunnitelmallisesti otettu käyttöön lääkelehteä. Käytännöistä puuttuu yhdenmukaisuus. Asiakkaan joutuessa yhteispäivystykseen ja sitä kautta esimerkiksi erikoissairaanhoidon osastolle, saatetaan lääkitys poimia joko lääkelehdeltä tai epikriiseistä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetus (2011) velvoittaa laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta koskevan suunnitelman tekemistä. Sen mukaan suunnitelmassa on käsiteltävä muun muassa lääkehoito ja lääkehuollon järjestäminen. Asetus valvoittaa sisällyttämään suunnitelmaan työnjaot, henkilöstön osaaminen ja potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät. Asetus sisältää lisäksi useita muita asioita, mutta erityisesti edellä mainitut liittyvät olleellisesti lääkehoitoon.

Jokaisessa toimintayksikössä tulee olla lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoidossa olevat ongelmat näyttävät vaikeina ja moniulotteisina. Lääkevirheiden korjaamiseksi perusturvan on hyvä lähteä suunnitelmallisesti kehittämään lääkehoidon toteuttamista. Organisaatioon tulisi perustaa lääkehoitoa kehittävä ja arvioiva työryhmä, jonka toimesta kehitetään yhdenmukainen lääkehoidon kirjaus- ja toimintakäytäntö. Tämä tarkoittaa sitä, että kukin lääkäri sekä sairaalassa että avoterveydenhuollossa käyttää aktiivisesti ja osaavasti olemassa olevaa lääkelehteä. Myös muiden hoitoon kuuluvien ammattilaisten tehtäväkuva lääkehoidon toteuttamisessa on selkeytettävä. Lääkehoidon toteuttamisessa on tärkeää työrauha. Niin sanotusti ”välikärsien” käyttöä lääkehoidossa tulee välttää. Lääkkeiden määräykseen, antoon, seurantaan ja kirjaamiseen liittyvien käytäntöjen ja prosessien tarkka selvittäminen saattaa auttaa vaaratilanteiden välttämässä. ( Kts. Jatkotutkimusaiheet)

Efficassa olevan lääkelehden käyttö mahdollistaa esimerkiksi apteekin kautta uusittavien reseptien välittömän kirjaamisen. Osastoilla lääkkeet on helppo jakaa lääkelehteä apuna käyttäen. Lääkehoidon kehittäminen voidaan järjestää projektiluontoisena. Toisaalta potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden on oltava pitkäjänteisiä ja jatkuvia. Lääkehoito on iso kokonaisuus, jonka ongelmakohtia ei pystytä korjaamaan määräaikaikaisella projektilla, vaan arvioinnin ja kehityksen on oltava jatkuvaa. Projekti saattaa kuitenkin toimia hyvänä alkuhankkeena. Yhtenä

pitkäaikaistavoitteena voidaan pitää sellaisen suojajärjestelmän luomista, että potilasturvallisuutta rikkovia tilanteita ei tule tai ne on minimoitu.

Sosiaali – ja tereysministeriön asetus (2011) laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmasta painottaa sekä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä että asioiden jälkikäteistä selvittämistä ja tilanteista oppimista. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että havaituista lääkepoikkeamista tehtiin ilmoituksia Ilpo-järjestelmän kautta ja niitä käsiteltiin. Tutkittavien lausumat osoittivat kuitenkin myös sen, että tällä menetelmällä ei ollut onnistuttu selvittämään, mitkä olivat johtaneet lääkepoikkeamiin. Lääkehoidon erillinen työryhmä saattaisi onnistua selvittämään asiaa. Jokaiseen raportoituun lääketurvallisuutta koskevaan ilmoitukseen puututaan ja asia pyritään tutkimaan, jotta syy selviää. Toiminta vaatii riittävät resurssit, osaamisen sekä yksikkö ja organisaatorajat ylittävän työotteen. Tämä saattaa mahdollistaa todellisen asioista oppimisen ja toiminnan kehittämisen.

#### 8.4 Vastuuhoitajamallin luominen

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Voutilainen ym. 2008, 17) on todettu, että kotihoidossa asiakkaalla tulee olla oma vastuuhenkilö, jolla on oltava riittävä gerontologinen osaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön lakiluonnos (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 14-16) ehdottaa, että kunnan tulee nimetä jokaiselle kotihoidon asiakkaalle vastuuhenkilö, joka laatii asiakkaan kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelman sekä seuraa sen toteutumista. Lakiesityksen mukaan vastuuhoitajan tehtävä on lisäksi muun muassa palveluja yhteensovittamalla. Tutkimus *Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi* on osoittanut kotiutusten olevan ennakoimatonta ainakin siitä syystä, että asiakkailta puuttuu usein heidän hoitoaan koordinoiva vastuuhenkilö (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 3).

Tutkimukseen osallistuneista alueista vain yhdellä oli käytössä vastuuhoitajamalli. Sen periaatte oli, että jokaisella työntekijällä oli omat aiakkaat, joiden hoidosta ja palveluista työntekijä ensisijaisesti huolehti. Kyseisellä alueella malli toimi hyvin. Kehittämisspäivän aikana keskusteltiin vastuuhoitajamallista. Osa työntekijöistä

vastusti mallia sen takia, että sen pelättiin kuormittavan työntekijöitä. Erityisesti pelättiin asiakkaita, jotka ”vaativat” liikaa. Näihin seikkoihin on mahdollisuus vaikuttaa johtajuuden keinoin. Vastuuhoitamallin toteuttaminen edellyttää toiminnan arviointia, yleistä keskustelua ja kokemusten vaihtamista. Kysymys on myös osaamisesta. Asiakkaiden tarpeisiin tulee voida vastata. Mikäli se ei onnistu, on arvioitava, vaaditaanko esimerkiksi osaamisen kehittämistä. Työntekijät ja asiakkaat ovat kuitenkin yksilöllisiä. Hyvä esimies pystyy huomioimaan työntekijöiden elämäntilanteita, persoonallisia eroavaisuuksia ja osaamisen tasoa. Johdolta vaaditaan erityisesti sekä hyvää muutos- että henkilöstöjohtamista.

Mikäli kotiutukset halutaan hoitaa kotihoitotyön muun toiminnan ohessa, tulee vastuuhoidajan tehtävä olla kotiutusten ennakointi. Yhteydenpito sairaalaan auttaa valmistautumaan asiakkaan kotiin palaamiseen. Aineiston perusteella se myös vähensi hoitokokousten tarvetta ja auttoi kohdentamaan palveluita paremmin. Kotiutumisesta tuli suunnitellunpi ja työntekijöiden oli helpompi kohdentaa työtään ja ajankäyttö parani. Tutkimustulosten perusteella myös asiakkaan turvallisuudentunne lisääntyi. Aikaisemman tutkimuksen perusteella (Koponen 2003) tällä on vaikutusta kotiutusten onnistumiseen ja asiakkaiden sairaalaan palaamisen on todettu vähentyneen.

## 8.5 Kuntouttava työote

Aineiston mukaan kotihoidossa olevat asiakkaat olivat aikaisempaa huonompikuntoisia ja sairaalasta palattiin usein heikkokuntoisena. Pääkaupunkiseudulla tehty tutkimus erikoissairaanhoidosta alkaneista hoitajaksokejuista (Mäkelä ym. 2007) osoitti, että sairaalat olivat lyhentäneet hoitopäiviä. Tämän tutkimusaineiston mukaan kuntouttavan työotteen lisääminen oli tärkeää, jotta kotona oleminen mahdollistui eikä asiakkaan tarvinnut palata takaisin sairaalaan. Asiakkaat saattoivat olla selvästi huonompikuntoisia palatessaan kotiin kuin sairaalan lähetettäessä. Tällä tutkimuksella ei pystytty vastaamaan siihen, miten paljon asiakkaita jouduttiin lähettämään takaisin sairaalaan. Toisinaan näin kuitenkin tapahtui. Ainakin Hammar (2008) on todennut tutkimuksessaan, että sairaalahoito vaikuttaa hyvin usein kokonaisvaltaisesti iäkkään henkilön toimintakykyä heikentäen, mikä tekee kotiutumisesta vaikeanpaa.

Kuntouttava työote tulisi nähdä laaja-alaisenpana asiana tarkoittaen muutakin kuin asiakkaan omatoimisuuden ja aktiivisuuden ylläpitäminen esimerkiksi antamalla asiakkaan tehdä ja päättää asioista itse, vaikka tämä on tärkeää jo aikaisempien tutkimustenkin valossa (Koponen 2003, Eloranta 2009, Leinonen ym. 2009). Kuntouttavan työotteen näkeminen osana päätöksentekoa esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa asiakasta harkitaan lähetettäväksi päivystykseen, on tärkeää. On syytä arvioida, vaatiiko asiakas välttämättä sairaalahoitoa ja voidaanko asiakkaan hoidon tarpeen arvio kokonaisuudessaan tehdä kotona. Mikäli hoidon tarpeen arvio ei onnistu kotona, voidaanko se järjestää perusturvan omana toimintana. Tavoitteena on turhien sairaalajaksojen välttäminen ja asiakkaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen. Tämänlainen kuntouttava hoitotyön periaate koskee kotihoidon, avoterveydenhuollon sekä sairaalan yksiköitä. Sairaaloissa vaaditaan kuntouttavaa työotetta. Fysioterapeuttien työpanosta kotihoidon kanssa saattaa olla hyödyllistä lisätä. Tämä tulee näkyä mallintamisessa työntekijöiden vastuuasiana. Kuntouttavan työotteen tulee kulkea yhtenä keskeisenä hoitotyön periaatteena kaikissa hoidon vaiheissa, koska kotiuttaminen alkaa jo silloin, kun asiakas lähetetään sairaalaan. Sairaaloissa kotihoidon asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen tiedostaminen ja ymmärtäminen saattaa auttaa kuntouttavan työotteen lisäämisessä. Keskustelua yksiköiden sisällä on lisättävä sekä oman että muiden yksiköiden toiminnan näkökulmasta. Kuntouttavan työotteen lisääminen sairaaloissa on entistä tärkeämpää siitäkin syystä, että hoitotaksot ovat lyhentyneet (Mäkelä ym. 2007). Se saattaa vähentää siirtoviivemaksuja ja pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaraa (Lupsakko ym. 2008, Mäkelä ym. 2007). Myös kotihoidossa on mahdollistettava kuntouttavan työotteen käyttö. Aineiston mukaan kotikäynteihin vaaditaan enemmän aikaa, jotta kuntouttava hoito mahdollistuu. Kotiutumisen näkökulmasta ensimmäiset viikot sairaalahoidon jälkeen ovat asiakkaan toimintakyvyn paranemisen kannalta aikaa, jolloin pääsääntöisesti tarvitaan tiiviimmin monipuolista apua ( Hammar 2008 ).

## 9 POHDINTA

Kotiuttaminen on prosessi, joka sisältää lukemattomia tilanteita, joissa on mahdollista parantaa kotiuttamisen onnistumista. Asiakas saattaa kulkea useiden

hoitolaitosten ja yksiköiden välillä. Tästä syystä on tärkeää, että yhteistyötä ja keskustelua lisätään, jotta jokainen työntekijä ymmärtää oman toiminnan merkityksen hyvän kotiuttamisen kannalta. Asiakkaiden eräs hoidon tavoite on hyvä kotiuttaminen silloin, kun se on mahdollista. Tarvitaan toiminnan koordinoijaa, kehittäjää ja vastuunkantajaa. Satakunnan sairaanhoitopiirin Kaste-hanke on mahdollistanut toiminnan kehittämisen. Kehittämisen myötä on syntynyt muun muassa kotiuttamiskoordinaattorin toimi. On tärkeää, että hankkeen myötä hoitohenkilökunnan osaaminen kotiuttamisten hoitamiseen lisääntyy ja se koetaan vastuullisena. Tarvitaan kuitenkin vielä varsinaisia vastuunkantajia. Asiakkaan näkökulmasta, mutta myös kotihoidon toimivuuden ja taloudellisuuden kannalta paras vastuunkantaja on asiakkaan vastuuhoitaja. Vastuuhoitaja on kotihoidon ammattilainen, joka tuntee asiakkaan kokonaistilanteen. Hän on usein myös asiakkaalle itselleen tärkeä ja luotettava henkilö. Yhteydenpidolla sairaalaan hoitajakson aikana on tulosten mukaan mahdollista ennakoita kotiutuksia niin, että kotiinpääsyä ei tarvitse lykätä. Yhteydenpito vähentää myös hoitokokousten tarvetta. Kotiuttamisen tutkiminen on auttanut tutkijaa ymmärtämään yhteistyön merkityksen. Tässä yhteydessä sen tärkeyttä ei voi liikaa korostaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat liian vähän yhteistyössä keskenään. Kulttuurin muutos tapahtuu kuitenkin hitaasti.

Hoitajaksoja erityisesti erikoissairaanhoidossa on lyhennetty. Toinen suuri muutos on ollut hoitojen keskittäminen. Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystys hoitaa kiireellisen avun tarpeessa olevia Satakuntalaisia potilaita. Hoito tapahtuu kiireellisyysjärjestyksessä. Jonotusajat voivat olla useita tunteja, mikäli potilas ei ole välittömän hoidon tarpeessa. Ikääntyneiden kohdalla jonottaminen voi johtaa sellaiseen väsymykseen esimerkiksi ravitsemuksen vähäisyydestä johtuen, että se aiheuttaa eri asteista sekavuutta. Tämä saattaa altistaa vaikeuksille arvioida potilaan kokonaistilannetta ja hoidon tarvetta. Pahimmillaan se saattaa johtaa vääriin hoitopäätöksiin. On mahdollista, että asiakas katsotaan heikompikuntoiseksi kuin todellisuudessa on tai vastaavasti kotiutetaan epävarmassa tilanteessa. Ensimmäisestä aiheutuu ikääntyneen joutuminen osastolle, mikä lisää riskiä toimintakyvyn laskulle. Jälkimmäinen heikentää huomattavasti asiakasturvallisuutta. Molemmilla on myös taloudellisia vaikutuksia. Hyvällä valmistautumisella lähetettäessä asiakasta yhteispäivystykseen voidaan vaikuttaa näihin tekijöihin. Toisaalta ravitsemuksesta on

mahdollista huolehtia myös päivystyksellisessä hoidossa, jos niin halutaan. On myös huomioitava, että kotihoidon työntekijät omaavat riittävää osaamista arvioida asiakkaansa lääketieteellisen hoidon tarvetta. Tämän ei välttämättä tarvitse tarkoittaa sitä, että kotihoidossa on oma lääkäri. Sairaanhoitajien tehtäväkuva perusterveydenhuollossa on viime vuosien aikana muuttunut merkittävässä määrin kohti lääketieteellisen hoidon tarpeen arviointia. Sairaanhoitajat tekevät Perusturvan lääkärivastaanotoilla itsenäistä vastaanottotyötä, jossa painopiste on hoidon tarpeen arvioinnissa erityisesti äkillisissä sairastumisissa, mutta työ sisältää myös pitkäaikaissairaiden hoitamista. Sairaanhoitajien tehtäväkuva laajennetaan koko ajan. Toiminnan kehittämisessä on toki tärkeää, että sairaanhoitajalla on mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Sairaanhoitajien osaamista voisi hyödyntää virka-aikana myös kotihoidossa olevien asiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin. Kotihoidon työntekijät voisivat tarvittaessa ottaa yhteyttä ensin sairaanhoitajaan silloin, kun suunnittelevat asiakkaan lähettämistä yhteispäivystykseen. Näin vältettäisiin pitkät jonotusajat, mikäli hoito voidaan tällä tavoin järjestää.

Tutkimushaastatteluilta nousi esiin alkoholidementoituneiden vähäisyys. Tällä tutkimuksella ei voitu varmuudella osoittaa sitä, onko niin, että alkoholidementoituneita ei ollut kotihoidon piirissä vai onko mahdollista, että näitä asiakkaita ei tunnistettu (kts. teoreettiset lähtökohdat: alkoholidementia). Sen sijaan aineiston mukaan kotihoidossa oli päihde- ja mielenterveysasiakkaita. Erityisesti yksi yhteistoiminta-alue koki merkittävässä määrin osaamisensa liian pieneksi hoitaa näitä asiakkaita. Tällä alueella oli hyviä kokemuksia konsultaatioavusta alkoholi- ja mielenterveysasiakkaiden kohdalla. Konsultointimahdollisuus oli auttanut työntekijöitä. He olivat saaneet konkreettisia neuvoja kohdata ja hoitaa asiakkaita sekä tietoa sairauksien oireista.

Mikäli halutaan parantaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden hoitomahdollisuuksia kotona, on kiinnitettävä huomiota työntekijöiden osaamiseen. Koulutuksien suuntaaminen mielenterveys- ja päihdetyöhön on yksi mahdollisuus. Psykiatristen sairauksien muodot ovat moninaisia, joten on mahdollista, että pelkästään koulutuksilla asiaan ei pystytä vaikuttamaan riittävällä tavalla. Mahdollisuus helppoon konsultaatioapuun voi toimia hyvänä lisänä. Rajapinnat ylittävä yhteistyö on myös tästä näkökulmasta tärkeää. Henkilöstösuunnittelussa

voidaan arvioida, onko tulevaisuudessa tarvetta henkilöstön sen kaltaiseen muutokseen tai lisäämiseen, että psykiatrinen osaaminen näkyy laaja-alaisempina ammattiryhminä.

Kotiuttaminen nykyisellään vaikuttaa olevan monilta osin käytännöiltään vaihtelevaa. Kotiin ei pystytä ottamaan tarpeen vaatiessa. Turvallisuuteen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä näyttää olevan melko paljon. Mallintaminen kannattaa aloittaa erittelemällä niitä asioita, joihin halutaan muutosta. Asiat, joihin halutaan saada muutosta, voidaan muodostaa esimerkiksi käyttämällä apuna tämän tutkimuksen tuloksia ja kehittämisehdotelmia. On tärkeää panna käytäntöön uudenlaisia toimintoja, kehittää prosesseja käytännössä, jossa keskeistä on testaus ja arviointi. Mallintaminen yhdenmukaistaa toimintoja helpottaen työtä eri työntekijöiden ja palvelun tarjoajien välillä. Työn tekeminen selkeytyy ja asiakkaiden saama hoito yhdenmukaistuu. Kotiuttamisen kehittämisessä myös poliittisten päättäjien on tärkeää kuulla eri työntekijätasojta. Heillä tulisi olla käytössään sellaista aineistoa, mikä auttaa ymmärtämään asioiden kokonaisuuksia, jotta asioita viedään eteenpäin järkevällä tavalla.

Kotiuttamisen mallintaminen voi toimia myös toiminnan kehittämisen apuvälineenä. Yhteiskunnallemme tyypillistä on toimintojen jatkuva kehittäminen ja muutos. Tämä edellyttää toiminnan jatkuvaa suunnitelmallista ja tavoitteellista arviointia. Mallia on joka tapauksessa arvioitava valituista näkökulmista käsin. Se voi toimia eräänlaisena apuvälineenä toiminnan jatkuvuutta ajatellen. Näin ollen on myös hyväksyttävä se, että tehdyt päätökset eivät välttämättä toimi pitkään.

## 9.1 Jatkotutkimusaiheet

Kehittämissuositusten yhteydessä nostettiin esiin lääkehoidon kehittäminen projektityön keinoin. Lääkehoidon ongelmat näyttäytyivät tässä tutkimuksessa laajoina ja määrällisesti suurina. On mahdollista, että jatkotutkimus koskien lääkehoidon jotakin osa-aluetta tulee auttamaan, mikäli lääkehoitoa lähdetään suunnitelmallisesti kehittämään. Laaja-alaisempaa kuvaa saa, jos tutkimukseen liitetään sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoido. Jatkotutkimus tulisi olla

tarkoitukseltaan sellainen, että se hyödyttää lääkehoidon kehittämistä. Asian yhteydessä on myös syytä pohtia, onko mahdollista että kotihoidon asiakkaat saavat päällekkäisiä lääkityksiä. Keskeistä on turvallisuuteen tähtävään lääkehoitosuunnitelman luominen. Helsingin kotihoidossa tutkittiin iäkkäiden asiakkaiden monilääkityksiä, yhteisvaikutuksia ja iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttöä. Tutkimuksessa todettiin, että asiakkailta oli keskimäärin käytössä kahdeksasta yhdeksään lääkettä samanaikaisesti. Saman lääkeryhmän päällekkäisiä lääkkeitä oli niillä, joilla lääkityksiä oli määrällisesti vähemmän. Monilääkitysasiakkailta esiintyi harvemmin vakavia reaktioita lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Mainittakoon, että kotihoidossa oli oma lääkäri.(Jokinen, Vanakoski, Skippari, Iso-Aho & Simoila 2009, 1772-1776.) Tutkimuksessa ei eritellä sitä, mitä vakavilla haittavakutuksilla tarkoitetaan. Kysymys saattaa olla esimerkiksi peruselintoimintoja vaarantavasta tilanteesta. On mahdollista, että lievemmistä lääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista saatetaan joutua ottamaan asiakas vuodeosastolle. Turvallisella ja onnistuneella lääkehoidon toteutuksella saatetaan vähentää sairaalahoitoa vaativien kotihoidon asiakkaiden määrää.

Toisena jatkotutkimusaiheena ehdotetaan tiedon siirtymistä ja sen kehittämistä kotihoidon ja muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien välillä. Kolmantena aiheena suositetaan asiakkaiden ja omaisten kokemusten huomioimista kotiutuksissa.

## 9.2 Tutkimuksen arviointi

Tämän tutkimuksen tekeminen oli haastavaa siitä syystä, että työelämäyhteydet rakoilivat useiden erilaisten organisaatiomuutosten ja henkilöstön vaihtumisen takia. Yhteyksien luominen oli tämän työn haasteellisin osuus ja jätti varmasti jälkensä tämän työn kokonaisuuteen. Toimintatutkimukseen usein kuuluvien useiden syklien eli kierrosten läpivieminen ei onnistunut. Toimintatutkimuksen tulisi olla tiivistä yhteistyötä tutkijan ja työelämän toimijoiden välillä. Tutkimuksen onnistumisen kannalta tärkeää on molemminpuoleinen sitoutuminen. Näin ollen se on mainio tapa tutkia, kehittää, testata ja arvioida kyseistä aihetta. Valitettavasti tutkija ei onnistunut toivomallaan tavalla rakentamaan uudelleen sellaista työelämäyhteistyötä kuin se oli tutkimuksen alkuvaiheissa, kun tutkimussuunnitelmaa tehtiin ja hyväksytettiin.



Toisaalta muutokset mahdollistivat tutkijalle uusien yhteyksien luomisen, joten se oli myös rikkaus tämän tutkimuksen kokonaisuuden kannalta tuoden siihen mahdollisesti laajempia näkökulmia.

Raportissa esitetyt asiat ovat oikeellisia ja luotettavia. Kaikissa tutkimuksen vaiheissa tutkija kiinnitti huomiota erityiseen huolellisuuteen. Haastatteluissa ilmeni selkeästi aineiston kylläntyminen eli haastateltavat alkoivat toistaa samoja asioita. Tämän perusteella arvioitiin, että jatko haastatteluille ei ollut enää tarvetta. Ylempien johtajien pieni osuus oletettavasti vaikutti tulosten luotettavuuteen. On mahdollista, että jokin asia jäi haastatteluissa huomiotta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkijan olisi kannattanut selvittää ylempien johtajien näkemyksiä ja kokemuksia esimerkiksi yksilöhaastatteluin.

Tutkijan rooli oli kotihoitoa kohtaan objektiivinen. Tutkija tarttui tämän tutkimuksen tekemiseen kotihoidon ulkopuolelta. Sen sijaan tutkija oli työskennellyt vuosia sairaanhoitajana Porin ensiapupoliklinikalla. Yhteistyön sujuvuus kotihoidon ja yhteispäivystyksen välillä oli kiinnostavaa, vaikka tutkijan työpaikka tutkimustyön aikana oli toinen. Tutkija pyrki tietoisesti objektiivisuuteen tarkastellessaan tutkimusaineistoa ja tehdessään tulkintoja. Voidaan luotettavasti todeta, että yhteispäivystyksen osuus tuloksissa näkyi juuri sellaisena painoarvona ja sisältönä kuin sen aineiston pohjalta tuli näkyä. Tulosten analyysin tutkija teki yksin. Tutkija palasi aineistoon vielä analyysin tekemisen jälkeen ja tarkisti tekemiään luokitteluja. Vaikka tutkimusta tehtiin yhteistyössä erityisesti yhteistoiminta-alueiden kotihoidon henkilöstön kanssa, olisi useamman tutkijan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyö saattanut tuoda uusia tulkintoja.

Tämä tutkimus tehtiin Porin perusturvaa ja sen yhteistoiminta-alueita varten. Tutkimustulokset kuvaavat vain paikallista tilannetta. Tutkimuksen on kuitenkin mahdollista herättää pohdintaa ja arviota myös muiden kuntien kotihoidon nykytilanteesta. Se saattaa auttaa eteenpäin muita toimijoita, jotka ovat aloittamassa tai jatkamassa kotiuttamisen kehittämistä. Tutkimustulokset osoittivat, että kehittämistä vaativat käytännöt olivat osittain samoja, joihin kansallisesti ja kansainvälisesti on kiinnitetty huomiota ja joiden pohjalta prosesseja ja käytäntöjä oli kehitetty esimerkiksi perustamalla kotiuttamistiimejä. Aikaisempien tutkimusten

tulokset olivat samansuuntaisia. Myös lainsäädäntö sekä erilaiset suositukset ja kehittämisohjelmat painottivat sellaisten asioiden huomioimista, mitkä näkyivät tutkimustuloksissa. Toisaalta tutkimus nosti esiin asioita, joista ei tiedetty tai ymmärretty niiden kokonaisuuksia ja laajuutta.

### 9.3 Eettiset näkökohdat

Tutkimuksen alkuvaiheisiin kuului tutkimussuunitelman kirjoittaminen, mikä tehtiin huolella. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu mukautuminen tilanteen vaatimalla tavalla, jolloin tutkijalla on mahdollisuus muuttaa suunnitelmaan tehtyjä asioita tarpeen vaatiessa. Tutkimussuunnitelma ohjasi hyvin tämän työn tekemistä ja tutkija noudatti siinä mainittuja asioita niiltä osin kuin se oli mahdollista ja järkevää. Esimerkiksi tutkimustehtäviin tuli pieniä muutoksia tutkimuksen aikana ja kehittämistyötä ei täysin ennalta oltu pystytty suunnittelemaan. Tällainen toiminta kuitenkin kuuluu toimintatutkimuksen periaatteisiin. Tutkimuksen käynnistyessä osapuolten kesken laadittiin sopimus tutkimustyön tekemisestä, josta ilmeni muun muassa asemat, oikeudet, valvolisuudet ja vastuut.

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden mahdollisuutta luopua osallistumisesta tutkija painotti koko tutkimuksen ajan. Tutkittavien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Yhteistoiminta-alueita koskevat suorat lausumat merkittiin symbolisesti lukuunottamatta hyviä käytäntöjä. Tämä siitä syystä, että yhteistoiminta-alueet voivat toiminnassaan hyödyntää sellaisten alueiden osaamista, joissa jokin käytäntö toimi hyvin. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin. Sen jälkeen tutkija kirjoitti haastattelut sanasta sanaan paperille. Nauhoituksia säilytettiin niin kauan kunnes analysointi valmistui, jonka jälkeen ne tuhottiin. Aukikirjoitettua materiaalia säilytettiin siihen asti kunnes tutkimustyö oli hyväksytetty.

Tutkimustuloksista tutkija raportoi julkisesti kehittämispäivän yhteydessä sekä toukokuussa 2011 järjestetyssä raportointiseminaarissa. Molemmat pidettiin Porin perusturvan tiloissa. Tällä tutkija pyrki mahdollistamaan kehittämistyön jatkuvuuden sekä tutkimusluvan myöntämisen ehtona olleen tulosten raportoinnin.

Tiedonhankinnassa tutkija käytti kriittisellä tavalla lähdekirjallisuutta sekä www-lähteitä, mikä mahdollisti vuoropuhelun tämän tutkimuksen sekä aikaisempien tutkimusten välillä.

## LÄHTEET

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

Eloranta, S. 2009. Supporting older peoples independent living at home through socialand health care collaboration. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 2.5.2011  
Saataavissa:

<http://linda.linneanet.fi/F/F15T2HP7BHG6YNDIUYL9DGK96QAL17M1BF8QRJ8BMTXELAP88-30886?func=short-jump&jump=000021>

Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhanen, K., Rinne, J. & Soininen, H. ( toim. ) Muistihäiriöt ja dementia. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Espoon kaupunki. 2010. Kotiutushoitaja. Viitattu 4.3.2010. Saataavissa:  
[www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;29;90432;90652;100164;105468](http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;29;90432;90652;100164;105468)

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Stakesin tutkimuksia 179.Helsinki. Viitattu 10.1.2010. Saataavissa:

<http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/JulkaisuHakutulokset.htm?allWords=PALKO&searchtype=publicationsearch&TextSize=medium>

Hillbom, M. 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. ( toim. ) Päihdelääketiede. Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hämeenlinnan kaupunki. 2010. Kotihoito. Viitattu 4.3.2010. Saataavissa:  
[www.hameenlinna.fi/ikaihmisten\\_palvelut/kotihoito](http://www.hameenlinna.fi/ikaihmisten_palvelut/kotihoito)

Jacobsen, H.N., Rytter, L., Ronholt, F., Hammer, A.V., Nissen, A., Kjellberg, J. & Stadsgaard, K. 2007. Hjemmebesog til aeldre efter ulskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 7. Kobenhavn. Viitattu 4.1.2010. Saataavissa:

[http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=1984&mur=!2-dmFuaHVzdGVuIGtvdGlob2l0bw\\*\\*--b24\\*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=1984&mur=!2-dmFuaHVzdGVuIGtvdGlob2l0bw**--b24*)

Jokinen, T., Vanakoski, J., Skippari, L., Iso-Aho, M. & Simoila R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen Lääkärilehti 19/ 2009. 1772-1776. Viitattu 3.5.2011 Saataavissa:

<http://www.terkko.helsinki.fi/lillukka.samk.fi/medic/?hakusanat=ik%C3%A4C3%A4ntyminen&sivu=haku&mista=&alkaen=10&ratio=&hakusanat2=&mista2=&ratio2=&hakusanat3=&mista3=&vuosi1=&vuosi2=&synonyymit=true&kieli%5B0%5D=kaikki&tyyppi%5B0%5D=kaikki&num=10&mesh=fi&historiamaar a=1>

Jämsän kaupunki. 2009. Kotiutustiimi. Viitattu 4.3.2010. Saataavissa:  
[www.jamsa.fi/sosiaali\\_ja\\_terveys/vanhuspalvelut/kotiutustiimi.html](http://www.jamsa.fi/sosiaali_ja_terveys/vanhuspalvelut/kotiutustiimi.html)

- Kallinen- Kräk, S. 2009. Kaste- ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008- 2011. Viitattu 4.4.2011 Saatavilla:[http:// urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2778-0](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2778-0)
- Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu 2.1.1972. Viitattu 21.1.2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>
- Keravan kaupunki. 2010. Kotihoito. Viitattu 4.3.2010. Saatavissa: [www.kerava.fi/soster\\_kotihoito.asp](http://www.kerava.fi/soster_kotihoito.asp)
- Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere. Viitattu 4.1.2010. Saatavissa: <http://www.terkko.helsinki.fi.lillukka.samk.fi/medic/?hakusanat=ik%c3%A4%>
- Lahden kaupunki. 2008. Lahden kaupungin kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö 1.4.2008. Viitattu 4.3.2010. Saatavissa: [www.lahti.fi/www.images.nsf/files/77DFB6204620FD38C22576F7002B620A/\\$file/081030/Palveluvalikko.pdf](http://www.lahti.fi/www.images.nsf/files/77DFB6204620FD38C22576F7002B620A/$file/081030/Palveluvalikko.pdf)
- Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Annettu 2.12.2005. Viitattu 21.1.2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20omaishoidon%20tuesta>
- Leinonen, R., Niemelä, K., Jokinen, S., Kangas, I. & Laukkanen, P. 2009. Kotikuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua. Alkuperäistutkimus. Duodecim 2009 vol. 125 no 14 s. 1557-1565. Viitattu 3.1.2010. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/xmedia/duo/duo98184.pdf>
- Lupsakko, T., Viskari, A., Lemmetti, M. & Kivekäs, J. 2008. Terveyskeskuksen vuodeosaston kuormaa voi keventää: aktiivinen hoito-ote lyhentää hoitojaksoa. Terveystutkimus. Suomen lääkärilehti 2008 vol. 63 no 8 s. 765-769. Viitattu 3.1.2010. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL82008-765.pdf>
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Edita Prima. Helsinki.
- Lämsä, R. & Mäkelä, L. 2009. ”En olisi vielä kotiin lähdessä”: sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Alkuperäistutkimus. Suomen lääkärilehti 2009 vol. 64 no 33 s. 2553, 2556. 3.1.2010. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.lillukka.samk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL332009-2551.pdf>
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mäkelä, M., Häkkinen, U., Juslin, B., Koivuranta-Vaara, P., Liski, A., Lyytikäinen, M. & Laine, J. 2007. Sairaalasta kotiin asti. Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksokeittot pääkaupunkiseudun kunnissa. Stakesin työpapereita 3/2007. Helsinki. Viitattu 3.1.2010. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T3-2007-VERKKO.pdf>

Porin kaupunki. 2010. Porin ja Noormarkun kuntaliitos 1.1.2010. Viitattu 4.3.2010. Saatavissa: [www.pori.fi/kuntaliitosselvitys/](http://www.pori.fi/kuntaliitosselvitys/)

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakes aiheita 2003, 18. Helsinki.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2009. Palveluhinnasto 2009. Viitattu 9.5.2011. Saatavissa: <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TILASTOT/HINNASTO/HINNASTO.PDF>

Sjöström, A.. 2010 Kotiutustiimi. Viitattu 3.4.2011. Saatavissa: [www.porvoo.fi/index.php?mid=2459](http://www.porvoo.fi/index.php?mid=2459)

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Annettu 17.9.1982. Viitattu 20.1.2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Sosiaalihuoltolaki>

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983. Annettu 29.6.1983. Viitattu 20.1.2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Sosiaalihuoltoasetus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma, sosiaali- ja terveysministeriön asetus. 1.5.2011. Viitattu 4.5.2011. Saatavissa: [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/laadunhallintasetus](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/laadunhallintasetus)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Luonnos: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyynnöt. Viitattu 29.4.2011. Saatavissa: <http://www.stm.fi/vireilla/lausuntopyynnot>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveystalveltolaki. Viitattu 9.5.2011. Saatavissa: [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilastalvelullisuutta yhdessä. Suomalainen potilastalvelullisuusstrategia 2009-2013. Julkaisuja 2009:3. Viitattu 9.5.2011. Saatavissa: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1383571#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1383571#fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo –työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Viitattu 4.1.2010. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. Viitattu 4.1.2010 Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali – ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 4.1.2010. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali\\_\\_ja\\_terveydenhuollon\\_kansallinen\\_kehittamisohjelma\\_KASTE\\_2008\\_2011\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Hyvinvoiva Suomi huomennakin. Kunta- ja palvelurakennemuutos sosiaali- ja terveydenhuollossa. Esitteitä 2007/3. Yliopistopaino 2007. Helsinki.

Tampereen kaupunki. 2008. Kotiutustiimi. Viitattu 21.11.2010. Saatavissa: [www.tampere.fi/terveyspalvelut/kotihoito/kotiutustiimi.html](http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kotihoito/kotiutustiimi.html)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastot ja rekisterit: Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Viitattu 1.1.2010. 2006 Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/sosiaalipalvelut/kotihoito/htm>

Tilastokeskus. 2011. Väestörakenne. Viitattu 11.5.2011. Saatavissa: [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Voutilainen, P., Raassina, A-M. & Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47. Helsinki. Viitattu 10.1.2010. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf)

## JULKAISEMAT TÖMÄT LÄHTEET

Porin perusturva. Kotiutuskoordinaattoritöiminta perusturvan yhteistöiminta-alueella. 2010.

## LIITE 1

**Tutkimuslupa**

Maija Riihikoski on pyytänyt tutkimuslupaa Satakunnan ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman, ylempään amk -tutkintoon kuuluvaan opinnäytetyöhön: Kotoutuksen kehittäminen Porin perusturvan yhteistoiminta-alueella

Tutkimuksen tarkoituksena on parantaa Porin perusturvan ja sen yhteistoiminta-alueen sairaalasta kotiutumisen käytäntöä. Aihe on rajoitettu vanhuksiin ja alkoholidementoituneisiin henkilöihin. Tutkimustehtävät: 1) hyvin toimivien käytäntöjen ja kehittämiskohteiden tunnistaminen, 2) kehittämiskohteiksi tunnistettujen käytäntöjen kuvaaminen, 3) halutun muutoksen kuvaaminen. Tutkimus toteutetaan toimintatutkimuksena ja sen aineisto kerätään ryhmähaastatteluin. Ryhmät muodostetaan eri toiminta-alueiden johtohenkilöistä sekä hoitotyöntekijöistä. Tavoitteena on kerätyn aineiston pohjalta laatia ehdotelmamalli, miten kotiuttamista kannattaisi kehittää ja toteuttaa.

Myönnän luvan tutkimuksen tekemiseen. Edellytyksenä on, että tutkimus saadaan organisaatiomme käyttöön sen valmistuttua, ja tutkija tulee esittämään tutkimuksen tulokset.

Porissa

26.3.2010

Hoiva-, hoito- ja sairaalapalveluiden johtaja  
Porin kaupunki/ perusturvakeskus



## HEI, KOTIHOITOPALVELUISSA TYÖSKENTELEVÄ!

Porin Perusturva ja sen yhteistoiminta-alueet haluavat kehittää kotiuttamiskäytäntöjään vastaamaan nykytarpeita vanhusten pitkäaikaishoitopaikkoja vähennettäessä ja erityisesti erikoissairaanhoidon hoitoaikojen koko ajan lyhentyessä. Tätä varten olen tekemässä tutkimusta, jonka tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, mikä auttaa yhteistoiminta-aluetta entisestään parantamaan kotiuttamiskäytäntöjään laatimalla ehdotelma/malli siitä, miten tulosten pohjalta kotiuttamista toteutettaisiin. Aihe on rajattu koskemaan ikääntyneitä, joilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan 75-vuotta täyttäneitä sekä alkoholidementoituneita henkilöitä ikään katsomatta. Sairaalasta kotiutuminen voi tapahtua sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta tai päivystyksestä. Tutkimus ei sisällä kotiutumista vanhainkoteihin, palvelutaloihin tms.

Tutkimusmetodini on ryhmähaastattelu, jota varten etsin kotihoitopalvelujen osaajia: sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, perus- tai lähihoitajia sekä ylemmissä ja alemmissä johtotehtävissä toimivia henkilöitä. Haastattelu(t) toteutetaan erikseen sovittuna ajankohtana ja sen arvioitu kesto on tunnista kahteen tuntiin. Ryhmä(t) muodostetaan mielellään noin 4-6 henkilöstä niin, että eri ammattiryhmät ovat edustettuina. Toisin sanoen ryhmässä olisi hyvä olla vähintään yksi

- sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja
- lähi-tai perushoitaja
- lähiesimiestehtävissä toimiva henkilö
- ylemmässä johtotehtävissä toimiva henkilö

Jos olet halukas osallistumaan haastatteluun, pyydän Sinua ilmoittamaan halukkuutesi esimiehellesi. Pyydän Sinua myös etukäteen miettimään nykyistä

**kotiutumisen käytäntöä(jä) ja sitä, mikä siinä on hyvää tai mikä kaipaisi kehittämistä. Toivon Sinun myös pystyvän kuvaamaan sitä, millä tavalla huomaat, että asiat toimivat tai eivät toimi. Tutkimus toteutetaan eettisiä ohjeita kunnioittaen eivätkä tutkimuksessa ilmene haastatteluun osallistuneet henkilöt. Mikäli kaipaat lisätietoja tutkimuksesta tai siihen osallistumisesta, voit ottaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse.**

**Yhteistyöterveisin**

**Marika Riihikoski**

**Ylemmän AMK-tutkinnon opiskelija**

**Terveyden edistämisen koulutusohjelma**

**e-mail: [marika.riihikoski@student.samk.fi](mailto:marika.riihikoski@student.samk.fi)**