

Marjaana Nissinen

Kotihoidon ohjaajien mielipiteiden kartoitus moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan YAMK

Johtaminen ja kehittäminen

Opinnäytetyö

13.11.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Marjaana Nissinen Kotihoidon ohjaajien mielipiteiden kartoitus moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. 53 sivua, 5 liitettä. 13.11.2013
Tutkinto	Suuhygienisti YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ja kehittäminen
Suuntautumisvaihtoehto	Johtaminen ja kehittäminen
Ohjaajat	Lehtori Marjatta Komulainen Hammaslääkäri Hannaliisa Salmi
<p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. Tavoitteena oli saada kehittämisideoita moniammatilliseen yhteistyöhön, kotihoidon asiakkaiden tueksi.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimusta varten haastateltiin kotihoidon ohjaajia (N=10) Pohjois-Helsingin alueelta. Haastateltavat valittiin Pohjois-Helsingin alueelta, koska tutkija vastaa tämän alueen kotihoidon suunterveydenhoidon koordinaattoreiden koulutuksesta ja on heidän vastuusuuhygienistinsä. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina teemahaastattelun avulla. Teoreettinen viitekehys muodostui kotihoidosta, ikääntyneen suun terveydestä ja moniammatillisuudesta kotihoidossa.</p> <p>Tutkimuksen mukaan potilaat saavat hyvin aikoja hammashoitolaan, mutta huonosti liikkuville monisairaille potilaille toivottiin hammaslääkärin tai suuhygienistin kotikäyntejä. Liikkuvaa suunhoitoyksikköä ”Lisua” toivottiin myös tulemaan potilaiden luo, jotta kuljetukset eivät olisi vanhuspotilaille liian raskaita. Kotihoidon työntekijät tarvitsevat myös enemmän tukea ja koulutusta potilaiden suunterveydestä ja sen kirjaamisesta hoitotietoihin. Suun terveydenhoidon koulutusta tulisi saada enemmän jo perusopinnoissa ja työelämässä sitä tulisi antaa koko henkilökunnalle. Uudelle kotihoidon asiakkaalle toivottiin hammaslääkärin tekemää suun terveystarkastusta sekä hoitosuunnitelmaa. Suuhygienistiopiskelijoiden kotihoidon työhön oppimisjaksoon oltiin tutkimuksen mukaan tyytyväisiä, mutta kotihoidon suunhoidon koordinaattoreiden toimenkuvaan toivottiin selkeyttämistä ja terävöittämistä. Tutkimusaineistosta nousi esiin, että kotihoidossa työskentelee osaavia ja motivoituneita hoitajia. Työtä tehdään jo nyt lähes tehokkuuden ääri rajoilla ja siksi tarvitaan lisää innovatiivisia ratkaisuja kotihoidon asiakkaiden suunterveyden tueksi.</p> <p>Raportoin tutkimustuloksista suun terveydenhuollon johdolle, kotihoidon ohjaajille, kotihoidon suunhoidon koordinaattoreille, suun terveydenhuollon ja kotihoidon työryhmälle, ikäihmisten suunhoidon kehittämissuunnitelman kehittämissuunnitelman osallistujille 2014. Kirjoitan tuloksista myös artikkelin ”Suun terveydeksi”-lehteen. Teen tuloksista posterin ”Vanhustyön vastuunkantajat” gerontologiseen kongressiin.</p>	
Avainsanat	kotihoito, suunterveys, moniammatillisuus, kotihoidon ohjaaja

Author Title	Marjaana Nissinen Home care counselors` opinions of multi-professional co-operation with oral health care.
Number of Pages Date	53 pages + 5 appendices Autumn 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	
Instructors	Lecturer Marjatta Komulainen Dentist Hannaleena Salmi
<p>The purpose of this study was to survey the opinions of home care instructors, concerning the multi-professional co-operation with oral health care. The goal was to gather information for developing the multi-professional co-operation, in support of home care clients.</p> <p>The data collection method was a qualitative interview and the interviewees were home care supervisors (N=10) in the North Helsinki area. The Interviews were group interviews and carried out as theme interviews. The interviewees were selected from the northern Helsinki area, because the author of this study is responsible for the education of the home care oral health coordinators in this area. The theoretical framework consisted of home care, the oral health of the elderly and multi-professional home care.</p> <p>The study showed that patients get dental clinic appointment well, but patients with multiple health problems and poor mobility hoped for a dentist or dental hygienist home visits. The movable mouth care unit "Liisu" was hoped to come to the patient to avoid the transporting of the elderly patients unnecessarily. Home care workers also need more support and training in patients' oral health and its documentation in the patients` medical records. More oral health education should be included in basic studies and working life training should be given to all staff. A dentist's oral health examination and a treatment plan was suggested for new home care clients. According to the study, the respondents were satisfied with dental hygienist students` home care work placement but the job description of the home care oral health coordinators needed clarification and sharpening. The study showed that the home care workers are skilled and motivated. The work is already done as effectively as possible with the available resources, therefore we need more innovative solutions for home care clients` oral health support.</p> <p>I reported the results of this study to oral health care management, home care counselors, home care coordinators, oral health and home care working group, as well as the participants of the oral health care development event in 2014. I will also write an article of the results in the "oral health" magazine. I will also make a poster of the results to the conference of elderly.</p>	
Keywords	home care, oral health, multidisciplinary approach, home care director

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	3
2.1	Kotihoito	3
2.1.1	Kotihoitoa koskevat lait ja asetukset	4
2.1.2	Kotihoidon käsite	5
2.1.3	Kotihoidon asiakas	6
2.1.4	Työskentely kotihoidossa	8
2.1.5	Kotihoidon henkilökunta	9
2.1.6	Kotihoidon työntekijöiden kiire	10
2.1.7	Kotihoidon työntekijöiden koulutus	11
2.1.8	Kotihoidon esimiehet ja johto	13
2.1.9	Kotihoidon lähijohtaminen	14
2.2	Ikääntyneen suun terveys	15
2.2.1	Suugerontologia	16
2.2.2	Ikääntyneen suun ikämuutokset	19
2.2.3	Ikäihmisen suunhoito ja ravitsemus	20
2.2.4	Iäkkään potilaan kohtaaminen hoitotyössä	21
2.2.5	Kotihoidon asiakkaan suunterveydenhoito	22
2.3	Moniammatillisuus kotihoidossa	23
2.3.1	Moniammatillisuus käsitteenä	23
2.3.2	Moniammatillisen työn erityispiirteet kotihoidossa	25
2.3.3	Moniammatillisen työn haasteet	27
2.3.4	Lupaava-hanke	27
3	Opinnäytetyön toteutus	30
3.1	Tutkimusmenetelmä	31
3.1.1	Haastattelujen toteutus	33
3.2	Aineiston analyysin toteutus	34
4	Analyysin tulokset	36
4.1	Suun terveyden asiantuntijuus kotihoidossa	37
4.1.1	Suun terveydenhoidon koulutus kotihoidossa	38
4.1.2	Suun terveydenhoidon arvostus kotihoidossa	38
4.2	Suun terveydenhoidon resurssit kotihoidossa	39
4.2.1	Kotihoidon riittävä henkilöstö	40
4.2.2	Kotihoidon monisairaant potilaat	40

4.3	Kotihoidon asiakkaan pääsy suun terveydenhuollon asiakkaaksi.	41
4.3.1	Kotihoidon asiakkaan kuljetukset hammashoitolaan.	41
4.3.2	Suun terveydenhuollon kotikäynnit hammashoitolasta.	42
5	Pohdinta	43
5.1	Tutkimuksen luotettavuus	43
5.2	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.	45
5.2.1	Jatkotutkimusehdotukset	52
6	Eettiset kysymykset	53
6.1	Raportointi	53

Liite 1. Tietokantahaut

Liite 2. Tutkimuksen saatekirje

Liite 3. Suunterveyden arviointilomake

Liite 4. Suostumuslomake

Liite 5. e-lomake, face-validiteetti

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon vanhustyöhön kohdistuu tällä hetkellä paljon haasteita ja vaatimuksia. Tärkeimpänä haasteena on Suomen ensimmäinen vanhuspalvelulaki, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Laki tuli voimaan 1.7.2013 lähtien, ja se korostaa vanhusten oikeutta palveluihin ja palvelujen laatua. Keskeistä laissa on, että vanhukselle annetaan ennalta ehkäisevästi toimintakykyä parantavia palveluja, jotka parantavat elämänlaatua. Myös suun terveydenhoidon tärkeyttä korostetaan laissa. (Vanhuspalvelulaki § 10)

Helsingin ja Helsingin seudun väestöennusteen mukaan 2012 - 2050, kaupunkilaisten ikärakenne tulee muuttumaan merkittävästi seuraavien vuosikymmenien aikana niin, että ikääntyneiden määrä tulee nousemaan. (Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2012 - 2050.) Myös hampaattomuus vähenee Suomessa tutkitusti. Ikäihmiset tarvitsevat entistä enemmän gerontologista erityisosaamista ja tukea suun terveydenhuollon osalta. Kunnat ovatkin nyt suuren paineen alla siinä, miten ikäihmisten suun terveydenhoito tulisi jatkossa järjestää. (Terveys 2011, Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.)

Helsingin terveystakeskuksen strategiasuunnitelmassa kuntalaisten terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on ensimmäinen strateginen linjaus ja perustehtävä. Moniammatillisen yhteistyön merkitys eri toimijoiden välillä myös korostuu perustehtävässä. Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa on havaittu olevan suun terveyseroja väestöryhmien välillä ja niihin tulee strategisten linjausten mukaisesti löytää ennaltaehkäiseviä keinoja. (Helsingin terveystakeskuksen strategia.)

Kotihoidon ohjaajat ovat tärkeässä roolissa kotihoidon, suun terveydenhuollon sekä kotihoidon asiakkaiden välisessä yhteistyössä. On tärkeää tietää, mitä mieltä he ovat kotihoidon ja suun terveydenhuollon välisen yhteistyön sujuvuudesta ja mitä kehittämissideoita heillä on.

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. Tavoitteena on saada kehittämissideoita moniammatilliseen yhteistyöhön, kotihoidon asiakkaiden suun terveydenhoidon tueksi. Haluan tutkimuksessani selvittää, minkälaisena yhteistyö suun terveydenhuollon

kanssa toteutuu tällä hetkellä. Haluan myös tietää, mitkä tekijät vaikeuttavat kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä ja mitkä asiat tulevaisuudessa edistäisivät kotihoidon asiakkaan suun terveyttä moniammatillisena yhteistyönä. Koska moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä korostetaan nykyään paljon, tarvitaan lisää käytännön tietoa ja tutkimusta sen toteuttamista ja kehittämistä varten. Siten voidaan löytää ne tilanteet, joihin moniammatillinen yhteistyö antaa lisäarvoa.

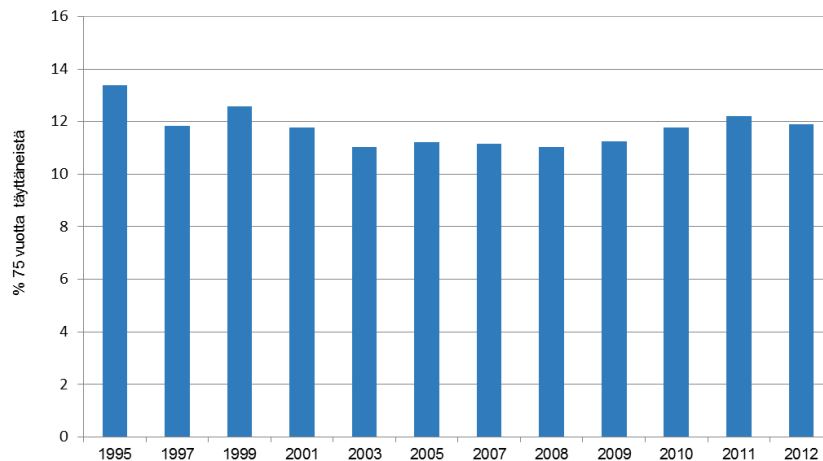
Työskenneltyäni lähes 30 vuotta suun terveydenhuollon parissa sekä yksityis- että kuntasektorilla, minua on aina kiinnostanut moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvät haasteet. Se on yksi syy, miksi halusin myös opinnäytetyössäni tutkia moniammatillisuutta. Erityisesti nyt, kun toimin suuhygienistinä Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa, moniammatillinen työskentely kuuluu osana jokapäiväistä työtäni.

Kuulun suun terveydenhuollon ja kotihoidon kehittämistyöryhmään, jossa 13 muun, sekä suun terveydenhuollon että kotihoidon ammattilaisen kanssa yhdessä kehitämme toimintaa siten, että suun terveydenhuollon ja kotihoidon palvelut sekä hoitoketjujen toimivuus paranisivat. Toimin myös 12 kotihoidon suunhoidon koordinaattorin vastuusuuhygienistinä. Tehtäväni on kouluttaa heitä suun terveydenhoidon osalta, jotta he voivat viedä suun terveydenhoidon tietoutta ja hyväksi koettuja käytäntöjä edelleen omiin kotihoidon tiimeihinsä. Minut on myös nimitetty juuri perustettuun ikäihmisen suunhoidon kehittämissyhmään viiden muun suun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Työryhmän ensimmäinen ja kiireellisin tehtävä on ns. Tukevasti kotona -hankkeen käytännön toteutuksen suunnittelu suunhoidon osalta. Hanketta varten SOTE on saanut STM:ltä hankerahoituksen ja hankkeen tarkoitus on löytää uusia toimintamalleja, jotka tukevat yhteispäivystyksen tai terveystasemien iäkkäitä asiakkaita asumaan edelleen kotona mahdollisimman kevyin palveluin. Erityinen huomio kiinnitetään suun terveyteen. Vastuualueenani on myös muun muassa Pakilakodin sekä Suur-suon sairaalan hoitohenkilökunnan vuosittainen kouluttaminen suunterveydenhoidon osalta.

2 Teorettinen viitekehys

2.1 Kotihoito

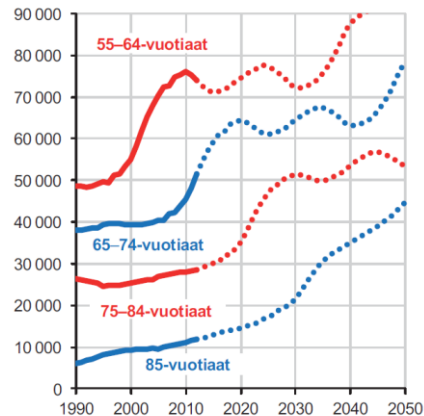
Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden osuus oli 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,9 prosenttia vuonna 2012. (Kotihoidon laskenta 30.11.2012.)



Kuvio 1. Säännöllisen kotihoidon, 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä 1995 – 2012. (THL, Suomen virallinen tilasto, sosiaaliturva 2012.)

Kotihoidon asiakkaiden määrä tulee lähivuosina lisääntymään merkittävästi. Helsingin ja Helsingin seudun väestöennusteen mukaan 2012 - 2050, kaupunkilaisten ikärakenne tulee muuttumaan huomattavasti seuraavien vuosikymmenien aikana niin, että ikääntyneiden määrä tulee nousemaan.

Eläkeikäisessä väestössä ryhmään 65 - 74 kuuluvien määrä on jo kääntynyt jyrkkään nousuun ja heidän määränsä tulee kasvamaan lähes puolitoistakertaiseksi vuoteen 2020 mennessä. Ikäryhmän 75 - 84 määrä tulee kasvamaan yli 70 % vuoteen 2028 mennessä. (Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2012 – 2050.)



Kuvio 2. Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2012 - 2050.

2.1.1 Kotihoitoa koskevat lait ja asetukset

Suomen ensimmäinen vanhuspalvelulaki astui voimaan 1.7.2013 alkaen. Uusi laki korostaa kotihoiton tärkeää merkitystä ja määrää kunnille paljon velvollisuuksia iäkkäiden palvelujen järjestämiseksi. Lain mukaan kotihoito on aina ensisijainen vaihtoehto ja laitoshoidon tarjotaan vain lääketieteellisin perustein. Kunnan on tehtävä valtuustokausittain ikäihmisten palvelusuunnitelma. Palvelujen riittävyys ja laatu tulee myös arvioida vuosittain. Laki korostaa vanhusten oikeutta palveluihin ja palvelujen laatua. Keskeistä laissa on, että vanhukselle annetaan ennalta ehkäisevästi toimintakykyä parantavia palveluja, jotka parantavat elämänlaatua. Lakia sovelletaan vanhuuseläkeikäiseen väestöön sekä niihin iäkkäisiin, joiden toimintakyky on merkittävästi heikentynyt. Lain mukaan ammattitaitoista henkilöstöä on oltava ”riittävästi”. Kotihoitoon tehdään laatusuosittukset ja sen toteutumista tullaan seuraamaan tehostetusti. (Vanhuspalvelulaki.)

Kotihoitoa ja ikäihmisten hoitoa koskevat myös monet muut lait, kansanterveysohjelmat ja hankkeet. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisesta on erillinen toimintaohjelma. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut, eikä ketään saa esimerkiksi iän perusteella jättää näiden palveluiden ulkopuolelle. (Terveys 2015 kansanterveysohjelma.)

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste). Kaste-ohjelman tavoitteena on että hyvinvointi- ja terveys-

erot kaventuvat ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste 2012 - 2015.)

Terveydenhuoltolaki määrää, että kunnan on järjestettävä vanhuseläkettä nauttiville, omassa kunnassaan asuville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluita. Näihin sisältyvät iäkkään kuntalaisen toimintakyvyn ja terveyden heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki. (Terveydenhuoltolaki.)

Ikäihmistä koskevaa muuta keskeistä lainsäädäntöä: Suomen perustuslaki (25 pykälä), Kansanterveyslaki (66/1972), Sosiaalihuoltolaki (710/1982), Kuntalaki (365/1995), Palvelutarpeen arviointia koskeva laki (40 a pykälä 17.2.2006/125), Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937. (Näslih-Ylispangar 2012: 115.)

2.1.2 Kotihoidon käsite

Hammarin (2008: 21) mukaan maailmanterveysjärjestö WHO määrittelee kotihoidon seuraavasti: kotihoito on joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa. Koti voi olla asiakkaan oma asunto, asunto palvelutalossa tai asuminen esimerkiksi omaisten luona.

Kotihoidon käsitteen käyttö on yleistynyt vasta 1990-luvulta lähtien kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen ja integroitumiskehityksen myötä. Yhdistyminen alkoi kunnissa 1980 ja 1990 -lukujen vaihteessa osana laajempaa sosiaali- ja terveystoimen lautakuntien ja virastojen yhdistämistä. (Sinkkonen – Tepponen – Paljärvi - Rissanen 2001: 177; Taskinen 2005: 27; Tepponen 2009: 17.)

Aarvan (2009: 21.) mukaan vanhustenhuollolla on tärkeä paikka pohjoismaisessa hyvinvointimallissa. Vanhuspalvelujärjestelmä on Suomessa monikerroksinen. Kotona asumista tukevat avopalvelut ja laitospalvelut antavat ympärivuorokautista hoivaa. Lisäksi on laaja tarjonta palveluja, jotka muuttuvat vanhuuden elämänkaaren vaatimusten mukaan. Kotihoito on asiantuntijuutta ja se sisältää kaikki ne tehtävät, joilla on merkitystä ikäihmisen selviämiseksi ja hyvinvoinnille. Kotihoitoon kuuluu kotipalvelu, kotisairaanhoito ja ehkäisevä työ.

Tenkanen (2003: 13 - 15) näkee kotihoidon tarkoittavan kaupungin tai kunnan järjestämää yhdistettyä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua ja siihen liittyviä tukipalveluita. Raija Tenkanen toteaaakin (2003: 28), että ”Kotihoito käsitteenä täsmentyy, kun toiminnasta on riittävän laaja-alaista kokemusta ja moniammatillinen työskentely vakiintuu”. Samoin terveydenhuollon eettinen lautakunta (ETENE 2008: 4) määrittelee, että vanhusten hoito on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja se on suunniteltava kokonaisvaltaisesti.

Tepponen (2009: 192) määrittelee vanhusten kotihoitoa poliittisten linjausten mukaan. Kotihoitoon pääsyn kriteerit ja kotihoidon sisältö vaihtelevat kunnittain. Kuntien tulisikin paremmin linjata, mitkä palvelut kotihoito maksaa missäkin tilanteessa. Kotihoitoa ohjaavien strategioiden, linjausten ja tavoitteiden ja sääntöjen valmistelusta vastaavat kunnan ylimmät viranhaltijat, operatiivinen johto poliittisten päätöksentekijöiden linjausten mukaisesti joko suppeissa tai laajoissa kokoonpanoissa. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon järjestäminen on kuntien vastuulla, mutta kunnat voivat järjestää ne eri tavoin. Kotihoidon moniammatilliseen toteuttamiseen tarvitaan useiden toimijoiden, kuten asiakkaiden, omaisten, vapaaehtoisten ja useiden eri ammattilaisten ja organisaatioiden osallistumista. Tämä edellyttää hyvää palvelujen koordinoitua. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007: 61.) Palveluseteli on yksi tapa järjestää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja ja täydentää kuntien palvelutuotantoa. (Palvelusetelien käyttö kunnissa STM.)

Helsingin kaupungin kotihoito jakaantuu seitsemään palvelualueeseen, jotka jakautuvat yhteensä 70 lähipalvelualueeksi, joissa kaikissa toimii 2-3 tiimiä. Kotihoitoa johtaa kotihoidon johtaja ja palvelualueita johtavat kotihoitopäälliköt. Kotihoitoyksiköitä johtavat kotihoidon ohjaajat. (Kotihoito)

2.1.3 Kotihoidon asiakas

Suomessa on 11,9 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon piirissä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on kaikkiaan 71 603. Ympäri vuorokautisen hoidon tarpeessa olevia asiakkaita on 5,4 prosenttia. Asiakkaita joiden luona käytiin yli 60 kertaa kuukaudessa, oli hieman alle neljännes (23,5 %). Käyntimäärät vaihtelevat paljon iäkkäämpien, 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden ryhmässä. Henkilökunnan arvioinnin mukaan valtaosalle (82,4 %) asiakkaista kotihoito on heille parhaiten sopiva hoitomuoto. (THL, Suomen virallinen tilasto, sosiaaliturva 2012.)

Kotihoidon tehtävänä on vanhusten, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että elämä kotona on turvallista. Kotihoidon palvelut auttavat kotona asuvaa asiakasta kaikissa niissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse pysty suoriutumaan. Kotisairaanhoidon on lääkärin määräämää kotona tapahtuvaa sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Hoito perustuu yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Terveyskeskuspalvelut kotihoito.)

Mäki, Petäjä ja Leinonen (2005: 5) korostavat, että kotihoidolla on tärkeä merkitys myös dementoituvan ihmisen kohdalla ja monet tutkimukset osoittavat, että myös dementoituvat vanhuksat haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Hoidon helpottamiseksi voidaan hankkia apuvälineitä ja asuntoon voidaan tehdä tarvittavia muutoksia.

Ikääntyminen on moninaista ja yksilöt ikääntyvät eri tavoin. Perimän, ympäristön, valintojen ja sattuman vaikutukset määräävät sen, kuinka vanhenemismuutokset ilmenevät. Ikäihmistä auttavat sellaiset ympäristöt, jotka aktivoivat hänen omia voimavarojaan. (Mäkinen - Kruus-Niemelä - Roivas 2009: 9.) Myös Noppari ja Koistinen (2005: 15) toteavat, että vanhuus ei ole sairaus, vaan elämänvaihe, jonka alkupää on yleensä aktiivista aikaa. Sairastelu ja riippuvuus toisista ihmisistä liittyvät taas vanhenemisen loppupäähän. Toiminnanvajaus kuuluu väistämättä loppuvanhuuteen. Toimintakykyä arvioidaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalista näkökulmasta. Toimintakyky ja toimijuus ei ole pelkästään yksilöllä olevaa kyvykkyyttä, vaan se on myös ”osaamisen” ja ”haluamisen” asia, johon vaikuttaa myös ”täytyminen”, eli se, mitä ympäristö vanhuksesta odottaa.

Suurin osa ikäihmisistä haluaa asua kotona ja he toivovat voivansa tehdä päivittäisiä askareitaan omaan tahtiin. Kokemus itsemääräämisen toteutumisesta liittyy myös kotona asumiseen. (Voutilainen - Vaarama - Backman - Paasivirta - Eloniemi-Sulkava - Finne-Soveri 2006: 100 -105.) Myös Kauppilan (2012: 97) tutkimus osoittaa, että koti on paras paikka ikäihmiselle niin kauan kuin siellä voi elää. Ikäihmiselle koti on turvallinen paikka ja antaa myös virikkeitä. Ikäihmisen kotiympäristössä, tutut ihmiset luovat sosiaalisen yhteisön.

Tenkasen (2003: 183 -185) mukaan kodin merkitys on iäkkäille ihmisille vahva ja varsinkin naisille se on merkinnyt perheen jatkuvuutta ja perhesuuntautuneisuutta. Kotihoidon asiakkaiden selviytyminen kotona vaatii sopeutumista, joihin iäkkäillä ihmisillä

on keinoja. Iäkkäät ihmiset pyrkivät muokkaamaan elinympäristöään siten, että he pystyvät selviytymään jokapäiväisistä toiminnoistaan alentuneesta toimintakyvystä huolimatta. Oma vaatimustaso halutaan laskea sellaisiin olosuhteisiin, joista selvitään apuvälineiden avulla. Ympäristön merkitys on myös tärkeää ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn säilymiselle. Outo ympäristö voi vaikeuttaa elämistä, vaikka se olisikin hyvin suunniteltu. Palvelutaloon joutuminen ei koskaan mielikuvissa korvaa kotia, missä on tutut tavarat, joita ei saa järjestellä eikä hävittää ilman vanhuksen lupaa.

2.1.4 Työskentely kotihoidossa

Kotihoidossa työskennellään asiakkaan kotona ja tämä tuo erityispiirteet tehtävälle työlle. Leppäsen (2005: 80) mukaan kotihoidon työntekijän mennessä asiakkaan luo tämän kotiin, hän jättää avun julkisen puolen pois ja työtä ohjaa kodin kulttuuri. Asiakkaan kodissa toimitaan tiettyjen sääntöjen mukaan, koska ollaan toisen ihmisen yksityisellä alueella ja reviirillä. Myös Tenkanen (2003: 115 -116) ja Friis (2004: 35) nostavat tutkimuksissaan esiin ikäihmisen autonomian ja työntekijän vastuun välisen jännitteen. Auttajan näkemys ja vanhuksen oma käsitys hänen terveydentilastaan voivat olla vastakkaiset. Vanhus voi esimerkiksi kaatumisen jälkeen haluta jäädä kotiin, eikä lähteä sairaalaan. Hoitajalle tilanne voi olla vaikea, koska hän kokee vastuuta potilaan hoidosta. Pelko siitä, että vanhus jää heitteille vaikuttaa hänen työhönsä. Myös Äijön ja Sirviön (2012: 23 - 26) tutkimuksessa tuli esiin se, että iäkkäät eivät välttämättä koe palveluita tarpeellisiksi itselleen.

Vanhuksille annettu aika ja kohtaaminen kiireettömästi ovat kotihoidon laadun tärkeitä ulottuvuuksia. Ne ovat todettu puutteiksi monissa tutkimuksissa. (Tenkanen 2003: 192; Niemelä 2006: 223.) Myös Tepponen (2009: 182) toteaa, että kotihoidossa vanhusta tulee kohdella elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena ja se vaatii aikaa. Häntä on tuettava selviytymään kotona ylläpitämällä elämänlaatua ja vahvistamalla voimavaroja. Organisaatiossa tulee käyttää verkostoja, sopimuskäytänteitä sekä moniammatillista, kuntouttavaa ja ennakoivaa työtettä. Toisaalta Tenkanen (2003: 132,134) tuo tutkimuksessaan esiin myös sen, että vanhuksset eivät halua muuttaa totuttua käytäntöä kotihoidon työntekijän palveluista, vaikka asiakkaan kunto sen sallisi. Vaikka hoitohenkilökunta haluaisi lisätä asiakkaan omatoimisuutta, se ei lisää kuitenkaan asiakkaan omien voimavarojen käyttöä, mikäli asiakas ei ole halukas yhteistyöhön.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteydessä puhutaan yleisesti hoiva- ja hoitopalveluista (Stakes, 20). Aarvan (2009: 20) mukaan hoivapalveluilla tarkoitetaan niitä sosiaalipalveluita, jotka on tarkoitettu arkiseen apuun. Hoivapalvelut vanhuksilla liittyvät usein kotipalveluihin ja asumista tukeviin palveluihin. Hoitopalveluilla tarkoitetaan terveyspalveluja, kuten esimerkiksi hammashuoltoa.

Kotihoidon vanhustyö on muodostumassa omaksi erityisalueekseen, gerontologiseksi sosiaali- ja hoivatyöksi, jossa tarvitaan teoreettista tietoa vanhenemisesta ja siihen liittyvistä sairauksista. Gerontologinen hoitotyö viittaa vanhusten hoitoon ja gerontologisella sosiaalipalvelutyöllä vähennetään hoivariippuvuutta omaisista, kun alalle koulutetut työntekijät auttavat vanhuksia. Tenkanen (2003: 23 - 24) painottaa, että tavoitteena on vanhuksen arjen sujuvuus sekä sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn tukeminen. Gerontologisessa hoitotyössä kiinnitetään huomiota siihen, että ikääntymisestään ja sairauksistaan huolimatta vanhus voisi elää mahdollisimman terveenä ja toimintakykyisenä. Se on monitieteisyyteen perustuvaa, moniammatillisissa tiimeissä tapahtuvaa asiakkaan, omaisten ja vapaaehtoisten kanssa tehtävää yhteistyötä. Ehkäisevä työ on osa gerontologista hoitotyötä. Terveysneuvonnalla tuetaan vanhusta vaikuttamaan oman terveyden ylläpitämiseen. Tepposen (2009: 22) mukaan kotihoidossa tehdään myös gerontologista sosiaalityötä, jota on kutsuttu myös vanhussosiaalityöksi.

Asiakkaan kotihoidon palvelut perustuvat kirjattuihin palvelutarpeiden arviointitietoihin. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen osallistuvat asiakas, tarvittaessa omainen sekä kaikki asiakkaan hoitoon ja palveluihin yhteisvastuullisesti osallistuvat henkilöt. Eri alojen asiantuntijoita voidaan myös konsultoida tarpeen mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä työväline, kun suunnitellaan ja toteutetaan laadukasta asiakastyötä. Suunnitelman avulla varmistetaan tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijöiden vaihtuessa. Kotihoito toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Asiakkaan saama palvelu ja siihen kulunut aika kirjataan asiakastietojärjestelmään. Kotihoidon hyvällä kirjaamisella voidaan vaikuttaa palvelun laatuun. Asiakkaan saaman palvelun järjestelmällinen dokumentointi auttaa palvelun laadun seurannassa ja arvioinnissa. Se auttaa myös toiminnan näkyväksi tekemisessä ja auttaa arvioimaan, mitkä prosessit auttavat asiakasta. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007: 26 - 27.)

2.1.5 Kotihoidon henkilökunta

Työ kotihoidossa edellyttää laaja-alaista osaamista. Hoitajan ydinosaamista ovat vuorovaikutus- ja viestintätaidot, ammattieettiset taidot sekä itsensä ja kotihoidon kehittämisen taidot. Myös kotihoidon työprosessien ja kotihoidon työtehtävien sekä työturvallisuuden hallinta on keskeistä osaamista. Kodinhoitajien ja perushoitajien erillinen koulutus lopetettiin 1990-luvun alussa ja tilalle tuli molempien alojen osaamista edistävä lähihoitajakoulutus. (Tepponen 2009: 17.) Myös (Ikosen, Julkusen 2007: 145; Leppäsen 2005: 32 ja Friisin 2004: 74) mukaan työ kotihoidossa on kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä ja kotisairaanhoidopotilaan hoitaminen edellyttää laajaa ja monipuolista tietoperustaa ja se perustuu tasavertaiseen yhteistyöhön eri ammattiryhmien kanssa.

Elorannan ja Kuuselan (2011: 10) mukaan vahva ammattitaito ja työkokemus parantavat omaa asiantuntijuutta ja työskentelyä toisen ammattikunnan kanssa. Vanhusten ja omaisten toive saada pitää sama hoitaja on tullut esiin useissa tutkimuksissa (Viitala 1990; Tenkanen 1998; Paljärvi 2003 ja 2007; Tepponen 2009: 162.)

2.1.6 Kotihoidon työntekijöiden kiire

Kotihoidon työntekijöiden työolosuhteet saattavat olla sellaiset, että suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus kärsivät esimerkiksi yhteisten pelisääntöjen tai kiireen vuoksi. Niemelän (2006: 150 - 158, 210) mukaan osa kotihoidon työntekijän kiireestä on tiedossa olevaa ja osa ennakoimatonta. Esimerkiksi palaveri tai koulutustilaisuus merkitsee sitä, että työt pitää tehdä tiettyyn määräaikaan mennessä. Lähes kaikki asiakkaat ovat niin huonokuntoisia, että he tarvitsevat päivittäistä huolenpitoa eikä lisätyövoimaa ole helposti käytettävissä. Kahden tunnin palaveri merkitsee sitä, että asiakaskäynteihin on olemassa kaksi tuntia vähemmän aikaa. Työpäivä tulee silloin suunnitella tiiviimmässä muodossa. Tiedossa oleva kiire voi johtua myös opiskelijoiden ohjauksesta. Opiskelijan mukanaolo hidastaa aluksi työntekoa. Ennakoivaa kiirettä saattaa myös aiheuttaa esimerkiksi potilaan kylvetys lääkärintuloa varten. Ennakoimatonta kiirettä saattaa aiheuttaa esimerkiksi asiakkaan terveydentilaan liittyvä äkillinen muutos, asiakkaan omat toiveet, joista kotihoidon työntekijä ei ollut aiemmin tietoinen sekä inhimillinen unohtaminen, esimerkiksi asioiden sopiminen päällekkäin ja siitä aiheutunut kiire. Jotta vanhukset voisivat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan, tarvitaan hoitoresurssien selvää lisäämistä. Huonokuntoiset vanhukset tarvitsevat toistuvasti apua ja avun kesto on pitempi.

Tepposen (2009: 199) tutkimus osoittaa, että työntekijöiden kiireisyysongelman ratkaisu vaatii riittävän määrän henkilöstöä. Henkilöstömitoitusta tehtäessä on määrän ohella tarkasteltava sitä, millaisia työntekijöitä tarvitaan ja onko kotihoidon osaamista ja ammattirakennetta monipuolistettava. Merja Tepponen osoittaa tutkimuksessaan, että kotihoidon työntekijät käyttivät eniten aikaa asiakkaan ruokailun ja liikkumisen tukemiseen, henkilökohtaiseen hoitoon sekä lääkityksestä ja hygieniasta huolehtimiseen. Liikuntaa lukuun ottamatta kotihoidon asiakkaat, omaiset ja henkilökunta arvioivat niissä saadun avun kaikkein riittävimmäksi. Sen sijaan kulttuurisiin työmuotoihin kotihoidossa ei ole kiinnitetty huomiota. (Tepponen 2009: 175, 193.)

Tenkasen tutkimuksen (2003: 157 -158) mukaan kotihoidon kiire tulee esille sekä työntekijöiden, että asiakkaiden puheissa ja vaikuttaa vanhusten esittämiin toiveisiin. Kun työntekijöillä on paljon asiakkaita, yritetään tulla toimeen vähemmällä avulla. Asiakkaiden valittaminen oli silti harvinaista ja jos erityisiä toivomuksia esiteltiin, ne koskivat ulkoilussa ja liikkumisessa auttamista sekä keskustelua. Kuitenkin työaikajärjestelyillä voidaan vaikuttaa kiireeseen. Työyhteisön tuki ja työtovereiden kanssa keskustelu omasta työstä, on merkittävä apu työssä jaksamiselle.

Friisin (2004: 75) mukaan, kotisairaanhoidaja määrittää usein työnsä työhön osoitettujen resurssien kautta. (Tenkanen 2003: 189,194 ja Tepponen 2009: 34) toteavat kuitenkin, että kotihoidon henkilöstön toimiva yhteistyö paransi kiireen tunnetta ja lisäsi vanhusten mahdollisuuksia asua kotonaan huonokuntoisenakin eli edisti kotihoidon tavoitteiden saavuttamista.

2.1.7 Kotihoidon työntekijöiden koulutus

Leppänen (2005: 81) määrittelee kotihoitoa haasteelliseksi ja kehittyväksi alueeksi, joka edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa tiedon päivittämistä. Hänen tutkimuksensa osoitti, että koulutuksen merkitys tiedon päivityksessä sekä uuden kokeilu on tärkeää. Kotihoidon asiakkaat ovat usein myös mielenterveyspotilaita ja heidän hoitamisensa luo aivan omat haasteensa. Uutta tietoa tulee koko ajan ja osaamisalue on laaja. Nykyään asiakkailla ja heidän omaisillaan on paljon tietoa ja työ edellyttää työn kehittämisen taitoja. Uuden rakentaminen ja kehittäminen tulisi rakentaa työntekijöiden kokemuksille. Kotona tehtävä työ on itsenäistä, eikä työkavereita ole paikalla pohtimassa ongelmatilanteita. Kotihoidon työntekijöiltä edellytetään äänetöntä osaamista sekä itsenäistä päätöksentekokykyä. Itsenäinen päätöksentekokyky korostuu varsinkin sairaanhoitajien työs-

sä avoterveydenhuollossa. Itsenäinen päätöksentekokyky on tärkeää ja siksi siihen tulisi kiinnittää huomiota jo ammatillisessa koulutuksessa.

Kotihoidon päivittäiseen arkeen ovat tulleet myös erilaiset tekniikan välineet ja niiden käytön hallinta. Leppäsen (2005: 7) mukaan se lisää henkilöstön osaamisvaatimuksia tietoteknologian alueella. Tietoteknologian avulla sosiaali- ja terveydenhuollossa pyritään parantamaan palvelujärjestelmää, lisäämään asiakaslähtöisyyttä ja palveluketjujen saumattomuutta. Myös Tepposen (2009: 182) mukaan mobiiliteknologia tarjoaa uusia hyödyntämismahdollisuuksia, kuten ovien avaaminen matkapuhelimella, mihin on yhdistetty käyntien automaattinen kirjaus. Myös esimerkiksi hoitotietojen kirjaaminen tietokoneelle yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan kotona, lisää asiakkaan osallisuutta ja aikaa.

Terveys- ja sosiaalialan opiskelijat tekevät suunniteltua pitkäkestoista työharjoittelua vanhusten parissa jatkuvuuden periaatteella eri lukukausien aikana. Nopparin ja Koistisen (2005: 156) mukaan heidän tehtävänsä on erityisesti huomioida yksinäiset ja syrjäytyneet vanhuset. Opiskelijat oppivat työelämässä vahvaa moniammatillista, yhteisöllistä vanhustyötä. He kasvavat uudenlaiseen ajatteluun vastuusta, mitä yhteiskunnan tulee kantaa vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden tulee olla soveltuvia vanhustyöhön. Heitä ei kuitenkaan tule sijoittaa liian aikaisin vanhustyöhön, jolloin heillä ei vielä ole teoreettista osaamista riittävästi. Vahvuutena ja voimavarana voidaan pitää sitä, että sosionomeilla ja diakonissoilla on vahvana moniammatillisuus ja arvopohjainen ulottuvuus. Koulutuksen tehtävänä on kouluttaa ammattilaisia yhteiskunnan tarpeisiin. Myös Isoherrasen (2012: 158) mukaan koulutuksen ja oppimisen tarpeet liittyvät myös tiimityön taitoihin ja niitä voidaan oppia jo opiskeluaikana.

Päivärinta ja Haverinen (2008: 23) näkevät kotihoidon työntekijöiden perustehtävän siten, että perustehtävälähtöinen toimintakulttuuri ja johtaminen tukevat laadukkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä. Käytännössä työntekijöiden tulee tunnistaa työyhteisön arvot ja saada riittävä koulutus ja perehdytys sekä aikaa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Säännöllisesti tai toistuvasti palveluja tarvitsevan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja ajan tasalla pitäminen ovat osa työyhteisöstä nimettävän omatyöntekijän jokapäiväistä työtä

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työllisten määrä kasvaa noin 79000 henkilöllä vuosien 2010 - 2025 välillä. Sosiaali- ja tervey-

denhuoltopalveluiden toimialoilla työvoiman kysyntärakenteisiin on odotettavissa lähitulevaisuudessa voimakkaita muutoksia. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen mukaan, tulevaisuudessa palveluiden osuutta kansantuotteesta nostaa erityisesti väestön ikääntymisestä johtuva terveydenhoito- ja hoivapalveluiden kasvava kysyntä. Lisäksi lähitulevaisuudessa kehityksen vaikutukset alkavat näkyä kansantalouden suorituskyvyssä työikäisen väestön määrän kääntyessä laskuun. Samalla, kun työvoima vähennee, ikäihmisten määrä kasvaa, lisäten työvoiman tarvetta erityisesti hoivapalveluiden aloilla. (Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT Tutkimukset 154/2010.)

2.1.8 Kotihoidon esimiehet ja johto

Sosiaalialan johtaminen voidaan jakaa kahteen osaan, johtamisen ala (locus) ja johtamisen kohde (focus). Ala viittaa koko sosiaalialan ja julkisen toiminnan kenttään. Kohde viittaa johtamisen funktioihin, sisältöihin ja muotoihin. Johtaminen sosiaalialalla edellyttää kykyä tehdä valintoja, sillä kaikkia työhön kohdistuvia vaateita ei ole mahdollista toteuttaa. Sosiaalialan johtamiselle onkin luonteenomaista poliittinen tulostavastuu, asiakasorientaatio, lakisidonnaisuus ja oikeudenmukaisuus sekä toiminnan läpinäkyvyys ja avoimuus. Nämä elementit ovat tyypillisiä myös julkiselle arvojohtamiselle. Johtamisen haasteita ovat muutokset työn luonteessa ja vaatimusten kasvaminen. Johtajan tehtävä on hyvinvoivan työyhteisön kehittäminen ja oppimisen edistäminen. Erityisen suuri merkitys on kannustamisella. Kannustus voi olla esimerkiksi innostamista, palautteen antamista ja palkitsemista. (Niiranen – Seppänen-Järvelä – Sinkkonen – Vartiainen 2010: 15 - 139.)

Kotihoidon johtaminen on asiakkaan tarpeisiin vastaamisen vuoksi keskeisessä asemassa. Johtaminen perustuu siihen, että kotihoidossa on tärkeintä se, mitä asiakkaan hyväksi tehdään. Johtamisella vaikutetaan myös toiminnan vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen. Onnistunut johtaminen tuottaa tyytyväisiä asiakkaita. Kotihoidon johtajuus perustuu asiantuntijuuteen. Sen avulla johtaja pystyy ratkaisemaan muuttuvia ja vaikeita ongelmia ja tilanteita. Johtajan toimintaa ohjaavat erilaiset lait ja asetukset. Käytännössä kotihoidon johtaja on melko itsenäinen, tehdessään päätöksiä johtamistilanteissa. Kotihoidon johtamisessa on keskeistä suunnittelun johtaminen ja henkilöstön johtaminen. Suunnittelu liittyy vahvasti muutoksen johtamiseen. Muutoksen johtaminen on kykyä selviytyä muutoksista budjetin ja aikataulun mukaan. Johtajan täytyy myös reagoida odottamattomiin muutoksiin toimintakyky säilyttäen. Henkilöstön johtaminen vaatii toiminnan suuntaamista työn tavoitteisiin. Johtajan tulee varmistaa, että jokainen

työntekijä tietää, mitä hyvä palvelu hänen työssään merkitsee. Kotihoidon johtajuuden erityishaaste liittyy moniammatilliseen johtamiseen. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007: 82.)

Tepponen (2009: 181 - 183) kuvaa tutkimuksessaan kotihoidon johtoa siten, että se valmistelee kotihoitoa koskevia asioita kunnan suunnitelmiin, kehittämissuunnitelmiin, talousarvioon ja strategioihin. Kotihoidon monitoimijainen tuottamistapa asettaa kuitenkin erityisiä haasteita johtamiselle. Kotihoitoon kuuluu myös omaishoidon organisointi ja tukeminen. Johtajien tulisi organisoida palvelut niin, että ne tukevat vanhuksen elämäntilannetta, elämänlaatua ja kotona selviytymistä. Johtamisella tulisi koordinoita ammattilaisten, vapaaehtoisjärjestöjen, omaishoitajien ja muiden omaisten toiminta vanhuksen tarpeet tyydyttäväksi kokonaisuudeksi. Lisäksi tulisi koordinoita organisaation sisällä olevat palvelut sekä erilaisten palveluntuottajien toiminta koko hoito- ja palvelujärjestelmässä. Nämä tehtävät edellyttävät hyvää päätöksentekoa, tietoa ja siihen perustuvaa osaamista, valtasuhteita ja kehittämistä.

Isoherrasen (2012: 158) mukaan moniammatillisessa johtamisessa tarvitaan jaettu johtajuuden osaamista. Sellaiset tiimit, joissa on jaettu johtajuus ja avoin vuorovaikutus toimivat hyvin. Friis (2004: 70) määrittelee johtajan tehtävän siten, että johtajan tärkein tehtävä on luoda organisaatioon sellaiset olosuhteet, joissa työntekijöillä on mahdollisuus toimia organisaation edun vaatimalla tavalla. Organisaatiossa on tällöin oltava riittävästi henkilökuntaa, jotta laadukas toiminta turvattaisiin. Riittävän henkilökunnan turvaaminen ei ole helppoa, koska tilanteet saattavat vaihtua nopeasti. Haasteellista on myös perustella se, miten osoitetaan henkilöstön määrän riittävyys suhteessa työpanokseen.

2.1.9 Kotihoidon lähijohtaminen

Tepponen (2009: 181 - 182) määrittelee lähijohtamista erityisesti henkilöstön ja työn johtamisena, jossa henkilöstön sijoitus ja ajankäytön seuranta on tärkeää. Teknologian hyödyntäminen on keino, jolla hoitajan asiakkaalle annettavaa aikaa voidaan lisätä. Eri ammattiryhmien työnjakoa ja yhteistyötä tulisi parantaa. Eräs keino on siirtää lääkkeitä apteekkien tehtäväksi, mikä myös lisää lääketurvallisuutta. Kotihoidon työntekijöiden ei tulisi käyttää aikaa potilaiden kauppa- apteekki- ja terveyskeskusasioiden hoitoon eikä autossa istumiseen. Aika tulisi käyttää esimerkiksi asiakkaan kanssa ulkoiluun tai silloin tällöin ostoksilla tai kulttuurikahvilassa käyntiin. Ammattihenkilöstön riit-

tävästä määrästä on huolehdittava. Kehityskeskustelut ja uusien työntekijöiden perehdyttäminen kuuluvat lähijohtamiseen. Työhyvinvoinnista huolehtiminen ja osaamisen kehittäminen ovat henkilöstöjohtamisen haasteita. Moniammatilliset työryhmät, kuntouttava ja palveluja räätälöivä työote sekä teknologian käyttö kotihoidossa, voivat lisätä työn kiinnostavuutta ja työntekijöiden saatavuutta.

Niemelän (2006: 156 - 57) tutkimuksessa nousee esiin riittävän henkilökunnan turvaamisen tärkeys. Hänen mukaansa huonokuntoisten asiakkaiden terveydentila voi aiheuttaa yllätyksiä ja yllättäviä tilanteita, jolloin hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia joustaa ja antaa aikaa asiakkaalle, ilman että seurauksena on henkilökunnan kiire.

Kotihoidon lähipalveluiden esimiehinä toimivat kotihoidon ohjaajat. Heiskanen (2010: 17 - 18) näkee, että heidän tärkeimpänä tehtävänä on johtaa kotihoidon kokonaisuutta omalla lähipalvelualueellaan. Kotihoidon ohjaajat toimivat lähiesimiehinä moniammatilliselle tiimille strategisten linjausten mukaisesti. Kotihoidon työntekijät kaipaavat esimiehen tukea. Esimiehiltä odotetaan myös Elorannan ja Kuuselan (2011: 5) mukaan palautteen antamista, tulevaisuuden visiointia, toiminnan säännöllistä arviointia, avoimuutta ja kannustusta. Myös Gynherin (2011: 40) mukaan, kotihoidon sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän kollegiaalista ja esimiehiltä tulevaa tukea.

Toisaalta Niemelä (2006: 156 - 157) osoitti tutkimuksessaan, että kotihoidon työntekijät halusivat toimia ja pärjätä itsenäisesti, eikä vaivata esimiestä, vaikka esimiehen tukea ja apua olisikin esimerkiksi kiireestä johtuen tarvittu. Esimiehen positiivinen näkemys itseohjautuvien työntekijöiden toiminnasta ja luottamus siihen, että työntekijät pärjäävät, voi johtaa työntekijät siten ”pärjäämisen eetokseen”.

2.2 Ikääntyneen suun terveys

Florence Nightingalen (1820 - 1920) mukaan terveys on hyvinvoinnin merkittävin tekijä. Osa hyvinvointia on kyky toimia täysipainoisesti. Vanhuksen terveyttä edistää myös kokonaisvaltainen ympäristö. Nightingale pitää ympäristöä tärkeänä terveyttä vahvistavana tekijänä ja sairautta terveyden laiminlyöntinä. Vaurilla vanhuksilla ympäristö ja virikkeet ovat usein toimintakykyä ylläpitäviä ja heillä on varaa terveyspalveluihin sekä laadukkaaseen ravintoon. Vähävaraisen vanhuksen terveyteen voi puolestaan vaikuttaa epäterveelliset elämäntavat, huono ravitsemus sekä lääkehoidon ja terveyspalveluiden laiminlyönti. Myös syrjäytyneet ja masentuneet vanhukset saattavat olla välinpi-

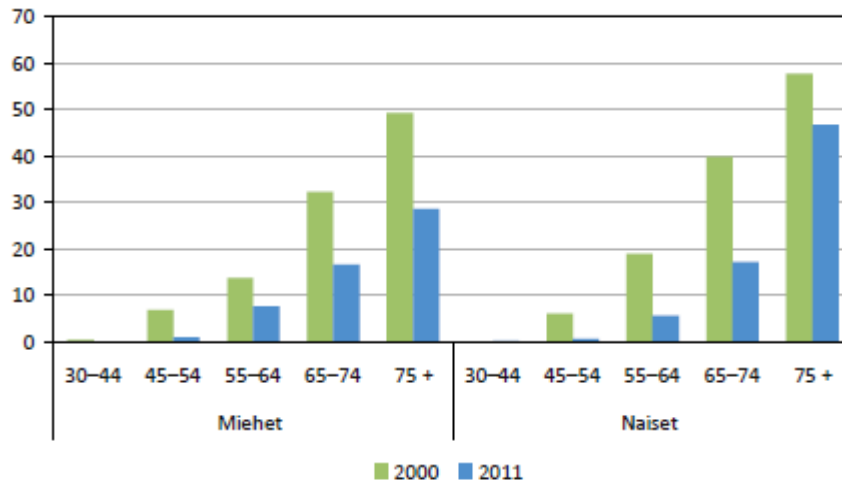
tämättömiä terveytensä suhteen jos heiltä puuttuu elämäntarkoitus. Katie Erikson (1993) näkee terveyden olevan enemmän, kuin sairauden puuttumista. Eriksonin mukaan mielekäs elämä on terveyden osa ja jos elämästä puuttuu tarkoitus, se ei ole mielekästä. Vanhuksen kokonaisvaltaisuus edistää terveyttä ja siihen kuuluu mielekäs toiminta. Vanhuksen elämässä on paljon asioita, joita hän voi tehdä ja kokea olevansa tehtävissä hyvä, tuntien onnistumisen kokemuksia. Vaikka vanhuksella saattaa olla toimintakyvyn vajetta, kärsimystä ja kipuja, hänellä on osaamista ja yksilöllisiä voimavaroja. (Näslih-Ylispangar 2012: 208 - 110.)

World Health Organization (WHO), Maailma terveystajrjestö on määritellyt terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä (WHO 1986). Maailman terveystajrjestö (WHO) Ottawan asiakirja vuodelta 1986 ja Jakartan julistus vuodelta 1997 käsittelevät terveyden edistämisen (health promotion) perusteita. Terveyden edistämisen keskeisiä asioita ovat ravitseminen, liikunta, päihteiden käytön vähentäminen, tapaturmien esto, suun terveys, tartuntatautien ehkäisy ja seksuaaliterveyden edistäminen sekä eri ikäryhmien terveyden edistäminen. (Näslih-Ylispangar 2012: 121).

Ikääntyneen suun terveyttä arvostetaan uudessa vanhuspalvelulaissa. Suun terveydenhuolto on mainittu suoraan lain pykälässä numero 10§ asiantuntemuskohdassa jossa mainitaan, että kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveystajrjestöjen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta. **Erityisasiantuntemusta** on oltava ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrician, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä **suun terveydenhuollon alalta**. Lisäksi erityisesti iäkkäiden neuvontapalveluja käsittelee pykälä 12§. Suun terveys on tärkeää ottaa huomioon neuvonnassa sekä selvitetessä monipuolisesti palvelujen tarvetta 15§. Laissa myös korostetaan, että kunnan on hankittava **riittävä määrä tarpeellista asiantuntemusta** hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Lisäksi toimintaa on johdettava siten, että se tukee laadukasta, asiakaslähtöisten palvelujen kokonaisuutta eri viranomaisten ja ammattiryhmien yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä. (Vanhuspalvelulaki)

2.2.1 Suugerontologia

Ikäihmiset tarvitsevat entistä enemmän gerontologista erityisosaamista ja tukea suun terveydenhuollon osalta. Hampaattomuus vähenee Suomessa tutkitusti. Terveys 2011 tutkimuksen mukaan esimerkiksi hampaattomien, 45 - 54 -vuotiaiden miesten osuus oli vuonna 2008 19 % kun se vuonna 2011 oli 1 %. Hampaattomien naisten osuus vastaavina ikävuosina oli vuonna 2008 33 % ja vuonna 2011 vähemmän kuin 1 %. Kunnat ovatkin nyt suuren paineen alla siinä, miten ikäihmisten suun terveydenhoito tulisi jatkossa järjestää. (Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.)



Kuvio 3. Hampaattomuus vähenee Suomessa. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.

Suugerontologia tutkii ikääntymisen vaikutuksia suussa ja purentaelimen toiminnassa. Suugerontologian merkitys hammaslääketieteen osa-alueena kasvaa kaikkialla maailmassa. Ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja haluavat saada myös ikääntyneinä hyvälaatuista hammashoitoa. Ikäihmisten terveydenhoidolliset ongelmat hoidetaan pääsääntöisesti samoin periaattein ja menetelmin, kuin työikäisten. Vaaditaan kuitenkin tietoa vanhusten sairauksien erityispiirteistä ja herkkyyttä havaita vanhuspotilaan huolenaiheet. (Meurman – Murtomaa – Le Bell – Autti 2003: 709).

Siukosaari (2013) toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että ikäihmisten suunterveydessä on parantamisen varaa ja terveyden edistämistä ja ehkäisevää hoitoa tulisi lisätä niin yksilö- kuin väestötasollakin. Väestön ikärakenteen vanheneminen ja ikääntyneiden lukumäärän kasvu jatkuvat Suomessa vielä pitkään. Samanaikaisesti ikäihmisillä on yhä enemmän omia hampaita suussaan. Vaikka yleisten suun sairauksien varhaishoitoon ja ennaltaehkäisyyn tehokkuudesta on paljon näyttöä, on järjestelmällinen ennalta-

ehkäisy ikääntyneen väestön hoidossa vielä ollut vähäistä. Tämä näkyi Siukosaaren tutkimuksessa suurena karieksen ja kiinnityskudossairauksien määränä.

Komulaisen (2013) väitöskirjatutkimus osoittaa, että iäkkäillä on suuri tarve ennaltaehkäisevään hammashoitoon. Tutkimus osoitti, että 82 % hampaallisilla potilailla ja 55 % hampaattomilla kokoproteesipotilailla oli ennaltaehkäisevän hoidon tarvetta. Tärkeimmät ennalta ehkäisevän hoidon tarvetta selittävät yleisterveydelliset tekijät olivat haueraus-raihnaisuus-oireyhtymä ja sairauksien kasaantuminen. Tulosten mukaan iäkkäät tarvitsevat säännöllistä suun sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä suun terveydenhuollon palvelujen viemistä kotiin.

Lauhion, Richardsonin, Lindqvistin ja Valtosen (2007: 401 - 407) mukaan suun merkitys terveydelle on yhä tärkeämpää, koska ihmisillä on yhä useammin omat hampaat suussaan entistä pidempään. Mitä enemmän hampaita on jouduttu korjaamaan, sitä useammin korjaus voi pettää tai vanha hammasperäinen infektio voi aktivoitua. Suusta on tullut merkittävä potentiaalinen infektiolähde, joka lääkärin myös täytyy ottaa huomioon työssään. Lääketieteen ja hammaslääketieteen välinen raja onkin hämärtyneessä ja siksi lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tulisi tehdä enemmän yhteistyötä ja oppia toistensa aloista yhä enemmän. Meurmanin (2007: 23) mielestä vanhempien ikäluokkien hampaattomuus on kaikkialla maailmassa vähenemässä ja tämä asettaa uusia haasteita suun terveydenhuollolle, sillä hammasperäiset infektiot lisääntyvät hampaattomuuden vähetessä.

Hyvärisen (2013) väitöskirjatutkimus osoitti, että yleinen parodontiittia aiheuttava bakteeri on yhteydessä lisääntyneeseen sepelvaltimotaudin riskiin. Parodontiitti on yleisin aikuisten infektiosairaus ja johtaa krooniseen paikalliseen ja yleistyneeseen tulehdistilaan ja hoitamattomana lopulta hampaan menetykseen. Parodontiitin vakavia muotoja sairastaa viidesosa suomalaisista aikuisista.

Häyrinen-Immonen, Ikonen, Lepäntalo, Lindgren ja Lindqvist (2000: 294) toteavat tutkimuksessaan, että infektioituneet hampaat voivat tulehduttaa aorttaproteesin jo asennuksen yhteydessä. Soikkosen (1999) tutkimus osoitti, että pitkälle edennyt ientulehdus kaksinkertaistaa vanhuksen kuoleman riskin.

Heinosen (2007: 4-6) mukaan suun sairaudet vaikuttavat yleisterveyteen ja yleissairaudet altistavat tietyille suusairauksille. Ikäihmisillä on myös aiempaa enemmän sairauksia, tiloja ja hoitoja, jotka vaativat erityistä huomiota suun terveydenhuollon osalta.

2.2.2 Ikääntyneen suun ikämuutokset

Meurman, Murtooma, Le Bell ja Autti (2003: 715) toteavat, että suun ikämuutokset voidaan jakaa kolmeen ryhmään: biologiset, hankitut ja luullut muutokset. Biologisia muutoksia ovat esimerkiksi limakalvojen oheneminen, hammaskudoksen, kiilteen fluoripitoisuuden kasvaminen ja purentavoiman väheneminen. Hankittuja muutoksia ovat esimerkiksi hampaiden määrän väheneminen, proteesien käytön lisääntyminen, alveoli-harjanteen madaltuminen ja suuhygieniataitojen huononeminen. Biologisten muutosten etenemisvauhti ja voimakkuus vaihtelevat yksilöstä toiseen. Hankitut muutokset ovat seurausta sekä henkilön omahoitolinjasta että hänen saamastaan hammashoidosta ja siinä tehdyistä hoitovalinnoista. Jo nuoruudessa omaksuttu omahoitomalli on suun onnistuneen vanhenemisen perusta. Lisäksi hammaslääkärin hoidon tulee olla potilaan ongelmat ajoissa tunnistavaa, niihin oikeat ratkaisut löytävää, laadukasta ja pitkäjänteistä hoitoa. Luultu muutos on esimerkiksi se, että monet uskovat syljen erityksen vähentymisen kuuluvan ikääntymiseen. Kuiva suu johtuu siitä, että ikääntyneet joutuvat käyttämään syljen eritystä alentavia lääkkeitä. Monet tutkimukset osoittavat, että jo 3-4 lääkkeen säännöllinen käyttö vaikuttaa syljen erityksen vähenemiseen.

Päivärinnan (2008: 88) mukaan ikääntyminen tuo mukanaan muutoksia, kuten motorii-kan heikentymistä tai hidastumista sekä väsymistä. Ikääntyneillä on usein sairauksia, jotka voivat vaikuttaa suun terveyteen ja voivat vaikeuttaa suun puhdistamista. Tällaisia sairauksia ovat mm. diabetes, reuma, Parkinsonin tauti, syöpäsairaudet ja dementia. Päivittäinen hampaiden puhdistus fluorihammastahnalla ehkäisee reikiintymistä. Joskus saatetaan tarvita myös lisäfluorivalmisteita. Monilla on käytössä vanhat, huonosti istuvat proteesit. Jos irtoproteesia ei huolellisesti päivittäin puhdisteta, sen pinnalle kasvaa helposti sieni- ja bakteerikasvustoja. Proteesin pinnalla kasvavat mikrobit voivat aiheuttaa suun limakalvoille tulehduksen ns. proteesistomatiitin. Proteesistomatiitti tulee helposti potilaille, joilla on huono syljeneritys. Syljen monet antibakteriellit ainesosat hoitavat limakalvoja. Siksi on tärkeää ottaa proteesit yöksi pois suusta tai ainakin pari-ksi tunniksi, jotta syljen ainesosat pääsevät hoitamaan suuta. Proteesit säilytetään tuolloin pestynä kuivassa astiassa.

Ketolan ja Kinnulan (2012: 18) mukaan ikääntyvän potilaan hammashoidossa tulee jo varautua vanhuuden tuloon. Vakavista perussairauksista kärsivälle vanhukselle suun infektiot ovat suuri riski ja terveyden heiketessä hoitomahdollisuudet vähenevät. Tällainen potilas on usein haaste hammaslääkärin tiedoille, taidoille ja ajankäytölle. Krooniset sairauden, korkea ikä ja immunosuppressiiviset lääkitykset heikentävät immuniteettia ja siten altistavat potilaan infektioille. Immuunipuutoksesta kärsivän vanhuksen odontogeenisen infektion diagnosointi voi olla hankalaa, sillä klassisia tulehdusmerkkejä ei ole tai ne ovat heikkoja. Vasta kun infektio yleistyy ja vanhus kaatuu tai muuttuu sekavaksi, saatetaan huomata jonkin olevan vialla. Huonohampaisilla ikäihmisillä on kohonnut riski etäinfektioon ja pneumoniaan, joka on vanhuksilla yleinen välitön kuolin-syy.

Suun sairaudet saattavat olla myös ateroskleroosin ja reuman riskitekijöinä. Lisäksi ne vaikuttavat diabeteksen ja reuman hoitotasapainoon. Vanhusten suusta löytyy paljon loppuun paikattuja hampaita, joilla ei pysty puremaan sekä huonoja juurihoitoja. Juurikarieket ovat myös yleisiä vanhuksilla, kuivasta suusta johtuen. Paras hoito, sekä yleisterveyden, että resurssien näkökulmasta on usein perusteellinen infektiosaneeraus. Avohoidossa tehtävä saneeraus edellyttää, että potilas on riittävän hyväkuntoinen. Potilaan henkinen kunto ja voimavarat täytyy myös huolellisesti arvioida. Useat sairaiden vanhuspotilaiden kirurgiset toimenpiteet kuuluisivat erikoissairaanhoidon. Kaikkia vanhuksia ei voi kuitenkaan lähettää terveyskeskuksista erikoissairaanhoidon ja siksi iäkästä ja sairasta potilasta hoidettaessa korostuvat pärjäämisen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Käytännössä hammaslääkäri joutuu usein valitsemaan monesta huonosta vaihtoehdosta vähiten huonon. (Ketola – Kinnula 2012: 18.)

Pirilän (2002: 14 - 26) mukaan merkittävimmät hammassairaudet kansanterveyden kannalta ovat karies eli hampaiden reikiintyminen, gingiviitti eli ientulehdus ja parodontiitti eli hampaiden kiinnityskudossairaus. Kaikkien suu- ja hammassairauksien ehkäisyssä on tärkeintä ihmisen omaehtoinen hoito. Hammaslääketieteellinen tieto antaa hyvän perustan onnistuneelle suun itsehoidolle, koska tärkeimmät suun sairaudet käsitetään nykyään käyttäytymisestä johtuviksi sairauksiksi.

2.2.3 Ikäihmisen suunhoito ja ravitsemus

Uudessa vanhuspalvelulaissa suun terveydenhuoltoa koskee erityisesti 10 § asiantuntemuksesta. Siinä mainitaan, että **erityisasiantuntemusta** on oltava ainakin hyvin-

voinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä **suun terveydenhuollon alalta**. (Vanhuspalvelulaki)

Hyvä suun terveys yhdessä hyvän ravitsemustilan kanssa ylläpitää kotihoidon asiakkaan terveyttä. Ne lisäävät toimintakykyä ja elämänlaatua, nopeuttavat sairauksista toipumista, parantavat kotona asumisen mahdollisuutta, vähentävät lyhyt- ja pitkäaikaisen sairaalahoidon tarvetta sekä hoitokustannuksia. Terveellä suulla ikäihmisen on helppo syödä, puhua, hymyillä ja olla sosiaalisessa kontaktissa toisten ihmisten kanssa. (Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003: 3.)

Päivärinnan (2008: 87) mukaan vanhemmiten ruokailun merkitys perusnautintona korostuu. Sama ravinto on terveellistä sekä hampaille että yleisterveydelle. Pureskeleminen on tärkeää suun lihasaktiiviteetin ylläpitämiseksi, koska pureskelutoiminta lisää ja levittää sylkeä suussa. Suun motoriikan hidastuessa huulipoimuihin ja hammasväleihin jää helposti ruuantähteitä. Ateria kannattaa lopettaa vesilasilliseen. Sokeria sisältävät juomat ja ylimääräiset makeat välipalat lisäävät myös hampaiden reikiintymistä varsinkin vanhuksilla, joilla hampaiden juuripinnat ovat usein paljastuneet. Ateriointi on hyvä lopettaa ksylitolipastilliin tai -purukumiin.

Vehkalahti ja Paalanen (2007) toteavat, että kahviin ja teehen lisätty sokeri on suomalaisaikusten yleisin välipala. Sokerin käyttöä tulisi rajoittaa, sillä hammaskarieksen ohella se lisää muita terveysongelmia. (Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 2 / 2007.)

2.2.4 Iäkkään potilaan kohtaaminen hoitotyössä

Iäkkään potilaan kohtaaminen hoitotyössä vaatii ihmissuhdetaitoja, empatiaa, kärsivällisyyttä ja hienotunteisuutta. Tärkeintä on potilaan kunnioittaminen ja arvostaminen. Se tarkoittaa potilaan ehdoilla toimimista ja hänen erilaisuutensa hyväksymistä. Kiireetön ilmapiiri kertoo potilaalle parhaiten annettavasta arvostuksesta. Anamneesikeskustelun aikana hammashoitolassa selvitetään potilaan sairauksien ja lääkityksien lisäksi myös hänen toivomuksensa ja odotuksensa hoidon suhteen. Käytännön tasolla on tärkeää tietää, mihin aikaan päivästä ja minä viikonpäivänä hänen olisi helpointa tulla vastaanotolle. (Meurman ym. 2003: 718).

Potilaan hoitoisuus tarkoittaa hänen jaksamistaan aikaa vievissä ja pitkäjänteisissä hoidoissa. Hammaslääkärin tulee arvioida potilaan hoitoisuus ja päättää onko järkevää aloittaa kovin raskaita ja laajoja hoitoja tai ylipäättänsä mitään hoitoa. Hammaslääkärin vastuulla on se, millaisia hoitovaihtoehtoja hän esittää. Potilas kuitenkin lopulta päättää hoidosta, kun eri vaihtoehdot on hänelle esitetty selkokielellä. (Meurman ym. 2003: 719).

2.2.5 Kotihoidon asiakkaan suunterveydenhoito

Päivärinnan (2008: 86 - 87) mukaan, jo kotihoidon asiakkaaksi tulovaiheessa tulisi selvittää aiemmat suun hoito- ja puhdistustottumukset, hammashoidon säännöllisyys, hammasproteesien käyttö sekä käytössä olevien lääkkeiden vaikutus suun terveydelle. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sairaudet vaikuttavat hoidon suunnitteluun. Asiakkaan omat toiveet on tärkeää selvittää, kun aletaan suunnitella hoitopalvelujen järjestämistä. Hammashoitolaan hakeutumisessa saatetaan tarvita esimerkiksi saattajaa mukaan. Viestintä, palvelujen tuottajan, asiakkaan ja ikääntyneiden lähellä työskentelevien välillä on tärkeää. Tiedonkulkua parantaa hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma. Se tukee iäkkään omatoimista selviytymistä sekä kertoo esimerkiksi muutoksista suussa. Tämä auttaa ja mahdollistaa ennakoivan ja tarpeellisen puuttumisen sekä reagoida nopeasti muutoksiin ja korjata ne.

Autosen - Honkosen (2010: 54 - 55) mukaan, ikäihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan parantaa hyvällä suun hoidolla. Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee huomioida suun terveydentila sekä sen vaikutus päivittäiseen elämään. Suun hoitoon liittyvät käytänteet tulee sopia yhdessä asiakkaan kanssa.

Kotihoidon asiakkaat ovat usein monisairaita huonosti liikkuvia vanhuksia, joiden kuljetukset hammashoitolaan ja takaisin kotihoitoon ovat usein vaativia ja raskaita. Komulaisen väitöskirjan (2013) tulosten mukaan iäkkäät tarvitsevat säännöllistä suun sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä suun terveydenhuollon palvelujen viemistä kotiin. Sirviön ja Äijön (2012: 25 - 29) tutkimuksen mukaan liikkuva suunhoidon palveluyksikkö varmistaa ja osaltaan tasa-arvoistaa terveydenhuoltopalvelujen saantia. Asiakkaat pitävät tärkeänä lähelle tuotua palvelutoimintaa ja se edistää myönteistä suhtautumista palveluun ja siihen hakeutumista. Tutkimus perustuu Pohjois-Savon hoiva- ja hoitolaitoksissa olevien ikäihmisten haastatteluihin. Iäkkäät ihmiset kokivat ”Suupirssin” tuoman palvelun laadukkaana ja heitä hyvin palvelevana. Tutkimuksen mukaan iäkkäät ihmiset mielellään käyttävät lähelle tulevia helposti saavutettavia palveluja. Tällöin ter-

veydentila ei vaikuta palveluun hakeutumiseen. ”Suupirssi” palvelutoiminta herätti ikäihmiset myös pohtimaan suunterveyden tärkeyttä ja merkitystä oman terveyden kannalta. Myös Helsingin kaupungin suun terveydellä on liikkuva suunhoitoyksikkö ”Liisu”. Liisu kiertää erityisesti kouluja, mutta koulujen loma-aikoina myös muun muassa päiväkoteja, vanhustenhoitolaitoksia, leikkipuistoja sekä syrjäytyneiden ihmisten palvelupaikkoja. (Manninen 2011: 34.)

Kottilan (2011: 54 - 55) mukaan kotihoidon asiakkaiden suun terveydenhoidossa on parantamisen varaa ja he tarvitsevat siihen hoitohenkilökunnan tukea. Monien tutkimusten mukaan, (Tenkanen 2003: 115 - 116; Äijö ja Sirviö 2012: 23 - 26) vanhusten hammashoitoon hakeutumista vähentää se, että vanhukset eivät subjektiivisesti koe tarvitsevansa hammashoitopalveluja vaikka objektiivisin mittarein tarve olisi suuri.

Näslindh-Ylispangar (2012: 131) korostaa myös vanhusten kohdalla toiminnallista terveydenlukutaitoa, jolla tarkoitetaan terveysaiheisen asiantiedon vastaanottamista, muistamista, ymmärtämistä sekä henkilön osallistumista terveyskasvatusohjelmiin. Se auttaa ymmärtämään terveyden merkityksen arkielämässä ja huomioimaan riskikäyttäytymisen. Sosiaalisella tuella on tärkeä merkitys vanhuksen terveyden lukutaitoon. Hoitohenkilökunta, lähiomaiset ja ystävät ovat henkilöitä, jotka kannustavat hyvin elintapoihin. Ikäihmisen heikko terveyden lukutaito korreloi myös vähäiseen ehkäisevään terveyspalvelujen käyttöön, vaikeuksiin ymmärtää sairauden vakavuutta tai hoito-ohjeita, huonoihin itsehoitotaitoihin ja huonompaan terveydentilaan.

2.3 Moniammatillisuus kotihoidossa

Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan moniammatillisuutta on tutkittu Suomessa paljon. Vuosien 2000 ja 2010 välillä on hoitotieteen alueella tehty 63 opinnäytetyötä. Niistä 46 on progradu tutkielmia, 3 lissensiaattityötä ja 14 väitöskirjaa. Yhtenäistä mallia kriittisistä tekijöistä moniammatillisessa yhteistyössä, ei kuitenkaan ole tehty. (Isoherranen 2012: 11.)

2.3.1 Moniammatillisuus käsitteenä

Moniammatillisuus käsitteenä on hyvin monitahoinen, mutta yleisesti se käsitetään yhteistyönä eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden välillä. Lähtökohtana pidetään

ajatusta, että osaamista ja tietoa jakamalla saavutetaan jotain sellaista, mihin yksin ei pystytä. Moniammatillisen yhteistyön avulla voi myös kehittää omaa ammattitaitoaan ja osaamistaan. (Karila – Nummenmaa 2001: 3.) Rekolan (2005: 16) mukaan moniammatillisesta yhteistyöstä käytetään myös käsitteitä yhteisöllinen sekä jaettu asiantuntijuus sekä sosiaalisesti jaettu kognitio.

Kaarina Isoherrasen (2005: 14 - 16) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä, riippumatta toimintaympäristöstä, tulisi näkyä seuraavat asiat: asiakasläheisyys, vuorovaikutuksen tiedostamisen merkitys yhteistyölle, verkostojen luominen, rajojen ylittäminen, tiedon ja erinäkökulmien yhteen kokoaminen ja verkostojen kokoaminen. Moniammatillisen tiimityön keskiössä on potilas, joka huomioidaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, jotta asiakaslähtöisyys toteutuu. Moniammatillisessa yhteistyössä pystytään Isoherrasen (2005: 18) mukaan huomioimaan asioiden sosiaalinen, lääketieteellinen, hoitollinen, psykologinen, eettinen ja taloudellinen puoli.

Ikonen ja Julkunen (2007: 10 - 21) määrittelevät moniammatillisuutta siten, että sitä käytetään erilaisissa yhteyksissä kuvaamaan erilaisia yhteistyötapoja. Kotihoidossa kysymys on kuitenkin aina yhteisestä työstä, jonka tekemiseen haetaan näkökulmia ja keinoja yhdistämällä eri ammattikuntien tieto sekä osaaminen. Kotihoidossa pyritään tietoisesti rakentamaan toimintamallit, jotka tukevat moniammatillista työskentelyä. Tavoitteena on toimia tavoitteellisesti ja asiakaslähtöisesti.

Elorannan ja Kuuselan (2011: 10) mukaan moniammatillinen yhteistyö vaatii yhteisen päämäärän ja siihen sitoutumisen. Työn suunnitteleminen yhdessä ja eri ammattiryhmien kuunteleminen ja huomioon ottaminen edistävät tavoitteisiin pääsyä. Moniammatillisen tiimin jäsenet ovat sitoutuneet yhteisiin päämääriin ja yhteisiin tavoitteisiin. Tiimillä on toisiaan täydentäviä taitoja ja he pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksistaan. Voimavaroja tukevassa verkostotyössä sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat myös tärkeitä yhteistyökumppaneita. Voimavaroja vahvistava työote edellyttää työntekijältä monipuolisten verkostojen hyödyntämistä.

Leppäsen (2005: 73) mukaan moniammatillisen työn kehittäminen vaatii koko organisaation mukanaolon. Organisaation johdon tulee luoda mahdollisuudet kehittämiselle. Johtajan tuki on oleellista. Myös Elorannan ja Kuuselan (2011: 5) ja Isoherrasen (2012: 162) tutkimukset vahvistavat johdon tuen tärkeyden, toiminnan palautteen ja arvioinnin sekä yhteisen työskentelymallin kehittämisen merkityksen.

Isoherranen, Rekola ja Nurminen (2008: 17 - 27) toteavat, että työyhteisön organisaation on oltava sellainen, että moniammatillinen yhteistyö on mahdollista. Moniammatillinen yhteistyö perustuu tiedon ja asiantuntijuuden valtaan eikä tehtävänimikkeiden mukaisten roolien valtaan. Johtamisella on myös suuri merkitys yhteisiin tavoitteisiin sitoutumisen ja asiantuntijuuden jakamisen edistäjänä.

2.3.2 Moniammatillisen työn erityispiirteet kotihoidossa

Kotihoidossa asiakkaan kotona selviytymisen mahdollistaminen ja hoitotoimintojen yhteensovittaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä ja osaamista sekä työaika. Koulutus vahvistaa työntekijöiden yhteistyövalmiuksia ja ammattitaitoa ja on edellytys moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle. (Eloranta – Kuusela 2011: 9.)

Tenkasen (2003: 40) mukaan paljon apua tarvitsevien ikäihmisten hoito vaatii henkilöstöltä monipuolisia ammatillisia valmiuksia. Se edellyttää eri ammattiryhmien tasarvoista huomioimista sekä yhteistyökykyä. Moniammatillisessa tiimissä saattaa olla edustettuina kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kaikki ammattiryhmät sekä sosiaalityöntekijä ja toimistohenkilökuntaa.

Gyntherin (2011: 40) mielestä tiimityö sopii kotihoitoon, mutta tiimityön tehokkuuteen ja toimivuuteen tulee kiinnittää huomiota. Työnjako sekä epäselvät roolit vaikeuttavat tiimityötä. Erilaiset koulutustaustat (kodinhoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja) ovat osasyynä sekavuuksiin. Myös kommunikation toimivuuteen ja henkilöstön vaihtuvuuteen tulee hänen mukaansa kiinnittää huomiota. Kotihoidon sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän kollegiaalista ja esimiehiltä tulevaa tukea. Työntekijöiden työssä viihtymisen ja jaksamisen näkökulmasta on tärkeää huomioida tiimityön toimivuus. Selkeät tiimin tehtävät ja prosessit ovat tärkeä asia tiimin kehittymiselle. Erilaiset koulutukset saattavat rajoittaa joitakin kotikäyntejä ja tehtäviä. Rooleissa ja työnjaossa on haasteita. Tiimityön myötä osa sairaanhoitajista koki osan lähihoitajista hyvinkin motivoituneiksi opettelemaan ja oppimaan uutta. Vastuun lisääntyessä potilaista huolehditaan enemmän sekä tietoja ja taitoja hyödynnetään paremmin.

Leppäsen (2005: 69 -70) korostaa, että moniammatillista yhteistyötä voidaan organisoida kotihoidossa eri tavoin ja käytössä on erilaisia toimintamalleja. Työryhmämallin mukaan, yhteistyö kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken on yleensä päivittäistä ja yleensä käytännön asioista sopimista. Tavoitteena on poistaa päällekkäisyydet. Yhtei-

siä palavereja on tarvittaessa ja kokouksia on muutaman kerran vuodessa. Säännölliset kokoukset lisäävät työntekijöiden keskinäistä tuntemista. Eri toimipaikoissa työskentelyä ei kuitenkaan koeta esteenä yhteistyölle. Yhteistyö kuitenkin paranee, jos tiimi työskentelee samassa tilassa. Myös tiedonkulku paranee ja asiat voidaan hoitaa viiveettä. Koska yhteistyöllä pyritään asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, myös hoito- ja palvelusuunnitelmat ja niiden tarkastus pyritään tekemään yhdessä. Yhteistyö lisääntyy kokoajan ja kotihoidon työntekijät kokevat sen hyväksi. Työntekijä tuo työyhteisöön omaa henkilökohtaista ja työelämäänsä kuuluvaa historiaa. Toisen työn arvostaminen ja työn erilaisuuden ymmärtäminen ovat tärkeimmät edellytykset toimivalle yhteistyölle. Halu tehdä yhteistyötä tulisi lähteä jokaisesta työntekijästä itsestään.

Kotisairaanhoitajat kuvaavat työskentelyään moniammatillisissa tiimeissä merkitykselliseksi. Friis (2004: 74) toteaa, että tämä korostuu erityisesti, kun on kyse oman ammatitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä. ”Tiimissä työskentelevä kotisairaanhoitaja” pitää yhtenä tärkeimpänä työtaitonaan neuvottelutaitoa potilaiden, omaisten ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Myös neuvottelemisen lääkärin kanssa potilaan hoitoon liittyvistä asioista koettiin tärkeäksi. Kokeneet sairaanhoitajat kokevat olevansa vastuussa myös osa-alueista, joiden katsotaan kuuluvan lääkärin työhön.

Kotihoidon asiakkaat ovat Laitisen (2011); Tenkasen (2003: 157); Tepposen (2009: 175); Niemelän (2006: 223) mukaan pääsääntöisesti tyytyväisiä moniammatillisen kotihoidon laatuun ja palveluun. Hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista pidetään hyvänä. Hoitajien kiire työssä ja ajanpuute keskusteluun koetaan epäkohtana.

Leppänen (2005: 83) korostaa, että moniammatillinen yhteistyö on hyvä malli vastata verkostomaiseen työskentelyyn sekä asiakaslähtöisyyteen, jota tulee edelleen kehittää. Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö on kotihoidossa, jossa työ on laaja-alaista ja asiakkaan hoito edellyttää erilaista osaamista. Moniammatillinen yhteistyö voi olla keino henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Kotona voidaan hoitaa vaativampaakin hoitoa tarvitsevia potilaita, jos kotihoidon yhteistyö on laadukasta. Näin voidaan vastata myös laitoshoitopaikkojen vähentämiseen.

Asiantuntijaryhmissä koetaan Isoherrasen (2012: 157) mukaan halua moniammatilliseen yhteistyöhön, joka lisää onnistumisen kokemuksia, työn mielekkyyttä ja yhteishenkeä. Myös Tepposen (2009: 175 - 177) mielestä eri toimijoiden yhteistyöllä voidaan luoda edellytykset sosiokulttuuriselle työlle, kuten opinto- ja lukupiireille, muistelutyölle

sekä taiteen harrastamiselle. Isoherrasen (2005: 8) mukaan moniammatillisella ja asiakaslähtöisellä työllä pystytään vastaamaan sosiaali- ja terveysalan tuleviin haasteisiin.

2.3.3 Moniammatillisen työn haasteet

Moniammatilliseen työhön liittyy myös paljon haasteita. Esimerkiksi työnjakoon liittyvät ongelmat, ammatteihin liittyvät työnkuvat ja käytännöt. Salassapito sekä ennakkoluulot ja asenteet voivat aiheuttaa myös ongelmia. Omien etujen puolustaminen voi myös vaikeuttaa moniammatillista tiimityötä. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007: 67.)

Tenkasen (2003: 182) mukaan moniammatillinen työ näyttäytyi vanhusten puheissa tehtäväkeskeisenä, eri ammattiryhmien eriytyneeksi työksi viipaloituna. Myös Elorannan ja Kuuselan (2011: 10) mukaan moniammatillisen tiimin muodostaminen saattaa olla haaste työyhteisölle, jos vastuu- ja valtakysymykset, roolit ja työnjako ovat epäselvät.

Isoherrasen (2012: 154) tutkimus osoittaa myös, että työnjaon määrittäminen on tärkeää työnjaon onnistumiselle. Hänen mielestään epäselvät roolit haittaavat moniammatillisen tiimin toimintaa ja selkeät roolit auttavat selkiyttämään vastuukysymyksiä. Isoherrasen (2012: 113,129) mukaan ammattiroolien hämärtyessä arjen työssä, tarve oman asiantuntijuuden selkiyttämiseen ja terävöittämiseen oman asiantuntijuuden osalta terävöityy. Vasta sen kautta pystyy ymmärtämään toisten osaamista ja arvoja sekä integroimaan niitä yhteiseen työkohteeseen. Myös kirjaamisen kehittäminen sellaiseksi, että se lisää tiedon kokoamista ja organisaation rajojen ylitystä on vielä Isoherrasen mukaan suuri haaste.

Leppänen (2005: 84) korostaa, että jos ei löydy yhteistä aikaa keskusteluun, kokonaisuus voi jäädä huomioimatta, tai henkilö huomioi vain omaa osaamisaluettaan vaikka työskennelläänkin yhdessä. Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimus osoittaa, että moniammatillisessa tiimityössä vaaditaan vuorovaikutus- ja kommunikointitaitoja. Myös Isoherrasen (2012: 141) mukaan moniammatillisessa tiimissä tarvitaan taitavan keskustelun ja dialogin sekä reflektiivisen arvioinnin taitoja.

2.3.4 Lupaava-hanke

Moniammatillisessa Lupaava (2007 - 2009) –hankkeessa (Vanhusten syrjäytymisen ehkäiseminen Helsingin kotihoidossa - lupaavien käytäntöjen jalostamishanke v. 2006-2009) haluttiin ehkäistä sekä vanhusten että pitkäaikaistyöttömien syrjäytymistä. (Engeström - Niemelä - Nummijoki - Nyman 2009: 7.)

Suun terveydenhoidon Lupaava-hanke toteutettiin Helsingin terveystieteiden keskuksen, Myllypuron kotihoidon asiakkaiden, kotihoidon työntekijöiden ja Metropolia ammattikorkeakoulun suuhygienistiopiskelijoiden yhteistyönä. Tavoitteena oli kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn edistäminen, kotihoidon työntekijöiden suunhoidon osaamisen kehittäminen sekä moniammatillisen suunhoidon toimintamallin kehittäminen. Toimijoina olivat Myllypuron kotihoidon työntekijät, jotka tunsivat kotihoidon asiakkaat ja osasivat asiakkaiden kokonaishoidon. Hankkeen aikana suuhygienistiopiskelijat ja kotihoidon työntekijät työskentelivät yhdessä asiakkaan kotona. Tavoitteena oli, että kotihoidon työntekijä vastaa asiakkaan kokonaishoidossa huomioiden suun terveyden ja suuhygienistiopiskelijat puolestaan kytkevät suun terveydenhoidon asiakkaan kokonaishoitoon.

Suuhygienistiopiskelijat tekivät 60 asiakkaalle suun terveystarkastuksen keuhällä 2008 ja syksyllä 2009. Terveystarkastuksessa dokumentoitiin asiakkaan hampaiden terveys, suun limakalvojen terveys sekä hammasproteesien kunto. Suun terveystarkastusten perusteella asiakkaille laadittiin yksilöllinen suun hoidon suunnitelma, joka dokumentoitiin asiakkaan asiakirjoihin. Lisäksi suuhygienistiopiskelijat neuvoivat asiakkaita, heidän läheisiään ja kotihoidon työntekijää suunhoidon toteutuksessa. Suunhoitokäytänteitä kehitettiin mm. opiskelijoiden pitämien alustusten avulla. Hankkeen aikana opiskelijat laativat kotihoidon työntekijöille suunnatun oppaan *Suunhoidon abc - ohjeita kotihoidon asiakkaan suunhoitoon*.

Hankkeen aikana kehitetty toimintamalli on edelleen käytössä ja se on juurtunut osaksi kotihoidon ja suun terveydenhoidon moniammatillista yhteistyötä. Jokaiselle kuudelle kotihoidon palvelualueelle on nimetty suun terveydenhuollosta oma vastuusuuhygienisti. Kotihoidon henkilökunnasta on palvelualueittain nimetty suunhoidon koordinaattorit (n. 60), jotka ohjaavat ja tukevat kotihoidon työntekijöitä asiakkaan suunhoidossa. Suunhoidon koordinaattori toimii yhteyshenkilönä hammashoitolaan ja toimii tiiviissä yhteistyössä oman alueensa vastuusuuhygienistin kanssa. Lisäksi metropolia ammattikorkeakoulun suuhygienistiopiskelijat suorittavat työssäoppimisjakson viidennellä ja kuudennella lukukaudella kotihoidossa ja siten osallistuvat mallin jalkauttamiseen. Toimintamallin jalkauttamiseksi ohjausryhmä on toteuttanut neljä, vuosittain pidettävää

kehittämissiltapäivää. Kehittämisspäiviin osallistuvat suunhoidon koordinaattorit, vastuusuhygienistit, suuhygienistiopiskelijat sekä kotihoidon ohjaajat.

Moniammatillinen suun terveydenhoitotyö tuotti jo hankkeen aikana tuloksia. Asiakkaiden hampaat olivat puhtaammat ja 70 % limakalvosairauksista oli parantunut. Kotihoidon asiakkaiden kokemukset moniammatillisesta suun terveydenhoitotyöstä olivat myönteisiä ja he toivoivat yhteistyön jatkumista. Kotihoidon työntekijöiden mukaan he ovat motivoituneempia ja sitoutuneempia sekä haluavat paneutua asiakkaan suuhygieniaan ja säännölliseen suunhoitoon. Kotihoidon työntekijöiden mielestä tuttuun vastuusuhygienistiin oli helppo olla yhteydessä. Suun terveydenhuollon ammattihenkilöt pitävät yhteistyötä kotihoidon työntekijöiden kanssa erittäin tärkeänä ja opettavaisena. Vastuusuhygienistit ovat käyneet tutustumassa kotihoidon työntekijöiden arkeen ja heidän tietonsa ikääntyneen asiakkaan kokonaisterveydestä on lisääntynyt. Vastuusuhygienistit suunnittelevat ja toteuttavat koulutustilaisuuksia ja yhteistoimintapäiviä kotihoidon työntekijöille. (Engeström ym. 2009: 217 - 229.)

Lupaava-hankkeen jälkeen on laitos- ja autettavan potilaan suunhoidon arviointiin tehty lomake. Tämä helpottaa myös kotihoidon työntekijöiden työtä. Lomakkeen tavoitteena on saada yhtenäinen toimintamalli asiakkaan suun terveydentilan arviointiin. Lomakkeesta on tehty pilottitutkimus ja siitä saatu palaute on ollut positiivista. Lomake on ollut helppo täyttää ja lomakkeen ulkoasu ja toimintaohjeet on koettu selkeiksi. (Liite 3)

Kotihoidon ohjaajat ovat tärkeässä roolissa kotihoidon, suun terveydenhuollon sekä kotihoidon asiakkaiden välisessä yhteistyössä. On tärkeää tietää, mitä mieltä he ovat kotihoidon ja suun terveydenhuollon välisen yhteistyön sujuvuudesta ja mitä kehittämisideoita heillä on.

3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöni idea lähti liikkeelle siitä, että kuulun suun terveydenhuollon ja kotihoidon kehittämistyöryhmään, jossa 13 muun, sekä suun terveydenhuollon että kotihoidon ammattilaisen kanssa yhdessä kehitämme toimintaa siten, että suun terveydenhuollon ja kotihoidon palvelut sekä hoitoketjujen toimivuus paranisivat. Toimin myös 12 kotihoidon suunhoidon koordinaattorin vastuusuuhygienistinä. Tehtäväni on kouluttaa heitä suun terveydenhoidon osalta, jotta he voivat viedä suun terveydenhoidon tietoutta ja hyväksi koettuja käytäntöjä edelleen omiin kotihoidon tiimeihinsä.

Minulle on ilmennyt, että kotihoidon työntekijöihin kohdistuu jo tällä hetkellä paljon vastuuta ja haasteita. Uuden vanhuspalvelulain myötä haasteet tulevat edelleen lisääntymään. Jotta kotihoidon asiakkaiden suunterveys paranisi, halusin kartoittaa, mitä kehittämisideoita kotihoidon ohjaajilla on näihin haasteisiin. Aineisto tulisi sisältämään kehittämisideoita ja siksi valitsin tutkimusmetodiksi kvalitatiivisen ryhmähaastattelututkimuksen Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajille. Koska työskentelen itse suuhygienistinä Pohjois-Helsingin alueella ja olen alueen kotihoidon suunhoidon koordinaattoreiden vastuusuuhygienisti, valitsin haastateltavat kotihoidon ohjaajat tältä alueelta. Haastatelin kotihoidon ohjaajat kolmessa 3-4 hengen ryhmässä.

Tämä opinnäytetyö käsittelee kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa uusia kehittämisideoita moniammatilliseen yhteistyöhön kotihoidon asiakkaan suun terveyden tueksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

Minkälaisena yhteistyö suun terveydenhuollon kanssa toteutuu tällä hetkellä?

Mitkä tekijät vaikeuttavat kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä?

Mitkä tekijät edistäisivät tulevaisuudessa kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä?

Haastattelukysymykset ovat:

Näkykö hoitosuunnitelmassa erityishuomiota suun terveystilanteesta?

Kirjataanko suunhoito Pegasokseen?

Onko suunterveyden arviointilomakkeesta ollut hyötyä kotihoidon työntekijöille?

Ovatko kotihoidon asiakkaat tarvittaessa päässeet hoitoon suun terveydenhuoltoon?

Mihin kellonaikaan ja minä viikonpäivinä kotihoidon asiakkaan olisi helpointa tulla suun terveydenhuollon asiakkaaksi?

Miten kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet käynnit suun terveydenhuollon asiakkaana?

Onko potilaan toivomukset ja odotukset huomioitu?

Onko kotihoidossa toimintatapoja, jotka koetaan haasteellisiksi suunterveydenhoidon toteutumisen kannalta?

Minkälaisia kokemuksia teillä on Metropolian suuhygienistiopiskelijoiden ”kenttäjaksosta”?

”Muutosehdotuksia tai toiveita suun terveydenhuollolle.”

Taustakysymykset: haastateltavan ikä, koulutus, työskentelyvuodet kotihoidossa, kotihoidon alueen henkilökunnan määrä, kotihoidon alueen asiakkaiden määrä.

3.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimukseni oli kvalitatiivinen haastattelututkimus Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajille. Tarkoituksena oli haastatella alueen kaikki 11 kotihoidon ohjaajaa. Yksi kotihoidon ohjaaja ei päässyt haastatteluihin, joten haastattelin 10 kotihoidon ohjaajaa. Kaikkien Helsingin alueen kotihoidon ohjaajien haastattelut olisivat vieneet liikaa aikaa, enkä ole varma, että olisiko se tuonut lisäarvoa tutkimukselle.

Haastattelu on yksi käytetyimmistä tutkimus- ja tiedonhakumenetelmistä. Ojasalon, Moilasen ja Ritalahden (2009) mukaan, haastattelu sopii hyvin kehittämistilanteisiin, koska sillä saadaan syvällistä tietoa tutkittavasta asiasta. Haastattelu korostaa yksilöä tutkimuksen subjektina, koska hän voi vapaasti tuoda esiin itseään koskevia asioita. (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2009: 93 - 95.) Myös Seppäsen - Järvelän ja Karjalaisen (2006: 25) mukaan, henkilöstöstä tuntuu hyvältä kehittämistyössä se, että sille annetaan ”tilaa tulla itsekseen”. Ihmisen osuus laadullisessa tutkimuksessa on erityisen tärkeä. Kylmän ja Juvakan (2012: 12) mukaan, pitäisikin puhua mieluummin tutkimuksen toimijoista ja osallistujista kuin tutkimuksen kohteista. Tutkimuksen aiheet ovat laadullisessa tutkimuksessa usein hyvin henkilökohtaisia ja sitä voidaankin pitää laadullisen tutkimuksen eräänä tunnuspiirteenä.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tavoitteena on löytää tai paljastaa tosiasioita pikemminkin kuin todistaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2009: 161.) Kanasen (2008: 4-5) mukaan laadullisessa tutkimuksessa pyritään löydöksiin ilman tilastollisia menetelmiä ja siinä halutaan kuvata ilmiötä ja antaa siitä tulkinta. Laadullisessa tutkimuksessa on usein suora kontakti tukittavaan ja se onkin usein kuvailevaa tutkimusta. Haastatteluaineisto liittyy aina tiettyyn tilanteeseen ja kontekstiin ja siksi haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin, kun jossain toisessa tilanteessa. Tutkijan tuleekin pyrkiä tulkitsemaan haastateltavien vastauksia tällaisten tilanteiden valossa. (Hirsjärvi ym. 2009: 207.)

Haastattelututkimusta voidaan Tuomen ja Sarajärven (2009: 25 - 29) mukaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska perinteiden erottelu perustuu tietämisen tapaan, ilmiötä voi joko ymmärtää tai selittää. Haastateltavien aikaisemmat kokemukset ja ominaisuudet tulee Hirsjärven ja Hurmeen (1985: 36) mukaan selvittää haastattelussa, koska ne selittävät niitä vastauksia, joita he ilmiöille antavat. Janhosen (2001: 15) mukaan, laadullista tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi-, miten- kysymykset. Mitä tämä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on tai mitä tässä ilmiössä tapahtuu tutkimuksen osallistujien näkökulmasta?

Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä se, että ilmiötä katsellaan monelta näkökulmalta ja siksi sille on luonteenomaista kerätä aineistoa, joka tekee monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi. (Alasuutari 1995: 74.) Haastattelun suurena etuna muihin tiedonkeruumuotoihin on se, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti, vastaajia myötäillen tilanteen edellyttämällä tavalla. Hirsjärvi ym. (2009: 205.) Hirsjärven ym. (1985: 43) mukaan haastattelun avulla pyritään saamaan sellainen aineisto, jolla voidaan tehdä ilmiötä koskevia päätelmiä luotettavasti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston riittävydestä ja aineiston kylläntymisestä. Kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että aineiston keruu lopetetaan vasta sitten, kun uudet tapaukset eivät enää tuo esiin uutta. Mäkelän (1990: 52) mielestä aineistoa ei kannata kerätä liikaa yhdellä kertaa, koska aineiston analyysi on usein työläämpää kuin aineiston keruu. On ensin hyvä analysoida pieni aineisto ja sen jälkeen arvioida, onko lisäaineisto tarpeen.

3.1.1 Haastattelujen toteutus

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla, kotihoidon työpisteissä. Hirsjärven ym. (2009: 208 - 110) mukaan ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska yhdellä kertaa saadaan tietoja usealta henkilöltä. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että teema-alueet ja aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Puolistrukturoitu haastattelu sopii hyvin tilanteisiin, joissa kohteena ovat intiimit tai arat aiheet tai joista halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita. (Metsämuuronen 2000: 42.)

Suoritin haastattelut viikolla 9/2013. Noin kuukausi ennen haastatteluja lähetin haastateltaville tutkimuksen saatekirjeen (liite 2), jossa oli myös tutkimuskysymykset sekä haastattelukysymykset ja tutkimuksen suostumislomakkeen (liite 4). Suostumislomakkeen pyysin lähettämään minulle allekirjoitettuna takaisin. Haastattelin kotihoidon ohjaajat kolmessa ryhmässä, joista yhdessä oli neljä henkilöä ja kahdessa kolme henkilöä. Kylmän ja Juvakan (2007: 84) mukaan ryhmän ihanteellinen koko on 3-12 henkeä, mutta mitä suuremmasta ryhmästä on kyse, sitä vaativammaksi sekä haastatteleminen että haastattelunauhoitusten puhtaaksikirjoittaminen muodostuu. Haastatteluja varten oli varattu rauhallinen tila. Haastattelut suoritettiin kotihoidon työpisteissä, kotihoidon ohjaajien työhuoneissa. Haastattelut kestivät noin tunnin ja suoritin ja nauhoitin itse kaikki haastattelut.

Ennen haastatteluja esitin toiveen, että toisen päälle puhumista vältettäisiin, jotta myöhemmässä litteroinnissa saisin kaikista lauseista hyvin selvän. Tässä onnistuttiinkin melko hyvin, vain muutamassa kohdassa jouduin käymään nauhaa useaan kertaan läpi, jotta litterointi onnistui. Ympäristöstä johtuvia häiriötekijöitä ei haastattelujen aikana ilmennyt. Haastattelujen aikana saattaa nousta esiin tunteita kuohuttavia ja ristiriitaisia asioita, siksi olin antanut kaikille haastateltaville yhteystietoni, jotta he voivat ottaa tarvittaessa yhteyttä minuun. Ennen haastatteluja kerroin, että tarkoituksena on saada erilaisia kehittämisideoita kotihoidon asiakkaan suun terveyden tueksi. Muistutin myös, että haastattelu on vapaaehtoinen ja sen voi keskeyttää niin halutessaan.

Aloitin haastattelut tutkimuskysymyksillä ja niiden jälkeen siirryin haastattelukysymyksiin. Ryhmät saivat hyvin aikaan innostunutta keskustelua yhteisestä aiheesta ja niissä nousi esiin kehittämisideoita, joita ei yksilöhaastatteluissa olisi ehkä tullut esiin. Hyvin ristiriitaisia mielipiteitä ei ilmaantunut. Hiljaisten haastateltavien keskusteluun mukaan

saaminen ja keskustelun ohjaaminen onnistui helposti. Hirsjärven ym (1985: 43) mukaan teemahaastattelulle on ominaista se, että sekä tutkija että tutkittava toimivat operationaalistajana. Se, miten ilmiöt näyttäytyvät tutkittavalle, riippuu juuri tutkittavasta ja hänen elämäntilanteestaan. Teema-alueiden tulisikin olla niin väljiä, että tutkittavaan ilmiöön sisältyvä todellisuus mahdollisimman hyvin paljastuisi.

3.2 Aineiston analyysin toteutus

Mäkelän (1990: 53 - 55) mukaan analyysin arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja etenemistä. Lukija voi silloin helpommin joko hyväksyä tutkijan tulkinnan tai kyseenalaistaa sen. Litteroin itse kaikki haastattelut ja analysoin ne sisällönanalyysiä käyttäen. Kuuntelin nauhoitukset useaan kertaan ennen litterointia ja muutaman kerran vielä litteroinnin jälkeenkin.

Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti kuvata. Tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet tulee myös saada selkeästi esille. Sisällön analyysissä käytin induktiivista logiikkaa. (Tuomen ja Sarajärven 2009: 140 - 141; Janhosen ja Mikkosen 2001: 23 - 29; Mäkelän 1990: 54) mukaan, tutkimukseen kuuluvien haastattelujen analysointi aloitetaan lukemalla aineisto useaan kertaan ja perehtymällä siihen. Sen jälkeen aineistosta etsitään selkeitä pelkistettyjä lauseita, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Samalla karsitaan epäolennaiset ilmaukset pois. Pelkistetyt ilmaukset kootaan listoihin ja sen jälkeen etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset kootaan yhteen ja muodostetaan alakategoriat. Näiden nimeämiseen käytetään avuksi teemahaastattelun runkoa. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Tekstin sanat, fraasit, tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksensä perusteella. Käsitteiden samanlaisuus riippuu tutkimuksen tarkoituksesta.

(Tuomen ja Sarajärven 2009: 140 -141; Janhosen ja Mikkosen 2001: 23 - 29; Mäkelän 1990: 54) mukaan, sisällönanalyysi ei ole vain pelkkä tekniikka, jolla saadaan yksinkertaista kuvausta aineistosta, vaan kysymyksessä on aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. Analyysiyksikkö tulee määritellä ennen analyysiprosessin aloittamista. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Ryhmitelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan, jolloin yhdistetään samansisältöisiä luokkia yläluokiksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden ja sisällönanalyysin haasteena on se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineiston siten, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys tulosten ja aineiston välillä. Tuomen ja Sarajärven 2009: 143 - 147) mukaan triangulaation avulla voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Kyse on siis moninäkökulmaisuudesta tai paradigmaisuudesta – siitä, että yhdistetään useita menetelmiä ja lähestymistapoja. Sisällönanalyysin luotettavuutta voidaan varmistaa analyysitriangulaatiolla, jolloin tutkimusaineiston analyysissä käytetään useampia analyysitapoja.

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen liittyy, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Tätä kutsutaan face-validiteetiksi. Omassa tutkimuksessani halusin lisätä tutkimuksen luotettavuutta face-validiteettin avulla. Lähe-
tin haastateltaville e-lomakkeella kyselyn, johon olin laittanut 17 väitettä haastattelututkimuksista saamieni aineistojen perusteella. Haastateltavat pystyivät vastaamaan, olivatko he väitteistä täysin samaa mieltä, samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä vai täysin eri mieltä. Kyselyyn vastaaminen oli haastateltaville täysin vapaaehtoista. (Liite 5)

Ennen lopullista analyysiä, perehdyin vielä huolella aineistoon ja luin sen useaan kertaan läpi. Valitsin aineiston luokitteluyksiköksi ajatuskokonaisuudet ja lähdin pelkistämään aineistoa. Etsin aineistosta selviä pelkistettyjä lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Samalla pyrin karsimaan epäolennaiset ilmaukset pois. Yritin suhtautumaan aineistoon mahdollisimman avoimesti. Kokosin pelkistetyt ilmaukset listoihin ja lähdin erottelemaan samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Kokosin samankaltaiset ilmaukset yhteen ja muodostin alakategoriat. Käytin tähän apuna temahaastattelun runkoa. Ryhmittelyn jälkeen abstrahoin aineiston, jolloin yhdistin samansisältöiset luokat yläluokiksi.

4 Analyysin tulokset

Pääkategoriat alkoivat muodostua sen jälkeen, kun olin lukenut litteroidut aineistot ja edennyt aineistolähtöisen teorian peruseriaatteita noudattaen. Pääkategorioita muodostui lopulta kolme: suun terveydenhoidon asiantuntijuus kotihoidossa, suun terveydenhoidon resurssit kotihoidossa ja kotihoidon asiakkaan pääsy suun terveydenhuollon asiakkaaksi. Alakategorioita muodostui kuusi: suun terveydenhoidon arvostus kotihoidossa, suun terveydenhoidon koulutus kotihoidossa, kotihoidon riittävä henkilöstö, kotihoidon monisairaat potilaat, kotihoidon asiakkaan kuljetukset hammashoittoon, suun terveydenhuollon kotikäynnit hammashoitola. Ydinkategoriaksi muodostui moniammatillinen yhteistyö toimivaksi.

Moniammatillinen yhteistyö toimivaksi

Suun terveydenhoidon asiantuntijuus kotihoidossa

Suun terveydenhoidon koulutus kotihoidossa

Suun terveydenhoidon arvostus kotihoidossa

Suun terveydenhoidon resurssit kotihoidossa

Kotihoidon riittävä henkilöstö

Kotihoidon monisairaat potilaat

Kotihoidon asiakkaan pääsy suun terveydenhuollon asiakkaaksi

Kotihoidon asiakkaan kuljetukset hammashoittoon

Suun terveydenhuollon kotikäynnit hammashoitola

Taustakysymysten tulokset

Ikä= 51, 38, 48, 53, 45, 48, 38, 39, 40, 55 = keskimäärin 45.5 v

Koulutus = terveydenhoitaja johtamisen erityisammattitutkinto, sosiaaliohjaaja, sairaanhoitaja ylempi AMK, terveydenhoitaja, sosiaaliohjaaja, sosionomi AMK, sairaanhoitaja AMK, sosiaaliohjaaja lähihoitaja kodinhoitaja, sairaanhoitaja, sisätautikirurginen sairaanhoitaja.

Työskentelyvuodet kotihoidossa = 24v, 4,5v, 18v, 7v, 5v, 27v, 13v, 6v, 12v, 19v, = keskimäärin 13.55 v

Työskentelyvuodet kotihoidon esimiehenä = 12v, 5,5v, 3v, 2v, 20v, 5v, 7v, 16v, 3,5v, 4v, = keskimäärin 7.8 v

Kotihoidon alueen henkilökunnan määrä = 21, 22, 22, 21, 20, 22, 20, 22, 24, 24. = keskimäärin 21.8

Kotihoidon alueen asiakkaiden määrä = 108, 120, 95, 95, 95, 80, 80, 100, 90, 80. = keskimäärin 94.3

4.1 Suun terveyden asiantuntijuus kotihoidossa

Asiantuntijuus merkitsee sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa usein tiettyä ammatillista roolia. Ammatillisten roolien muuttaminen on tutkimukseni mukaan osoittautunut haasteeksi kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa kehitettäessä. Tutkimuksesta nousi selvästi esiin se, että kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon työntekijät eivät koe riittävää asiantuntijuutta kotihoidon asiakkaan suun terveydentilan tutkimiseen, hoitamiseen eikä kirjaamiseen. Heidän mielestään suunhoidon koordinaattorit eivät myöskään koe riittävää asiantuntijuutta suun terveyden alalta, jotta he voisivat kouluttaa omaa tiimiään.

Tutkimuksessani nousi myös esiin, että suunterveydenhoidon kirjaukset suunterveyden arviointilomakkeeseen, hoitosuunnitelmaan sekä Pegasokseen riippuvat paljon hoitajan aktiivisuudesta. Toiset hoitajat eivät kirjaa niitä lainkaan ja toiset kirjaavat esimerkiksi sen, että hoitaako potilas itse suun puhdistuksen vai autetaanko häntä. Myös se onko proteesit vai omat hampaat merkataan potilastietoihin melko hyvin.

Aineiston mukaan kotihoidon työntekijöiden roolit eivät ole kovin tarkkarajaisia ja poikkeavat käytännössä toisistaan esimerkiksi potilaskirjausten osalta. Kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon työntekijät tarvitsevatkin roolien terävöittämistä sekä kirjausten helpottamista tukevia käytäntöjä esimerkiksi sähköisin menetelmin. Vastaajat kuvasivat asiaa seuraavasti:

Erittäin harvoin merkataan, silloin näkyi kun opiskelijat oli, silloin laitettiin mutta ei sen jälkeen, ainoastaan tekohampaiden pesusta laitetaan.

Meillä hoitajat katsoo suun, että siellä on kaikki kunnossa, mutta se on hoitajasta kiinni, toiset hoitajat näkevät asiakkaan kokonaisvaltaisesti luontevasti ja toisille se on taas että tehdään niin raamitetusti.

4.1.1 Suun terveydenhoidon koulutus kotihoidossa

Aineistosta tulee ilmi, että kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon työntekijät tarvitsisivat enemmän tukea ja koulutusta suun terveydestä. Suun terveyden koulutusta tulisi saada paljon enemmän jo perusopinnoissa lähihoitajakoulutuksessa. Sen lisäksi kotihoidon ohjaajat toivovat, että koko tiimille annettaisiin koulutusta suun terveydestä, eikä ainoastaan suunhoidon koordinaattorille. Aineiston mukaan kotihoidon ohjaajat toivovat, että koulutusta kotihoidon työntekijöille antaisivat vastuusuuhygienistit, suuhygienistiopiskelijat ja esimerkiksi tulevaisuudessa lähihoitajaopiskelijat. Kotihoidon lääkäreille koulutusta toivottiin hammaslääkäreiltä tai erikoishammaslääkäreiltä. Aineistosta selviää, että koulutuksen puute on suuri este kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämässä ja moniammatillisuuden parantamisessa. Haastateltavat kertoivat koulutuksen puutteesta muun muassa näin:

Meidän koko henkilökunnalle pitäisi saada se koulutus tästä suunhoidosta, vaikka pari kolme koulutuspäivää koko henkilökunnalle.

Suun terveydenhoitoa olisi hyvä palauttaa mieleen, koska saattaa olla pitkä aika siitä koulutuksesta. Vaikka työelämässä ollaan oltu ja hoitoalalla, sitä helposti tekee työtä tietyn kaavan mukaan.

Kotihoidon asiakkaalle suunniteltu suun terveyden arviointilomake on otettu käyttöön vain muutamassa tiimissä ja sen käyttö koetaan haasteelliseksi. Sen täyttämiseen toivotaan lisää koulutusta. Haastateltavat kuvasivat suun terveyden arviointilomakkeen käyttöä seuraavasti:

Se on vähän sen näköinen, että se pelästyttää. [Suun terveyden arviointilomake]

Se oli tää ikenen kunto ja sitä ne oli niinku ihmeissään, että missä se raja menee ja ne ihan ahdistu. Mikä on sellanen haavauma ja mikä on mitäkin? Tavallaan se meni niin ammattimaiseks ja pitäis perehtyä pikkusen paremmin. Siihen tuli selaista ahdistuneisuutta ja mä muistan kun vähän kokivat, että ei ammattitaito enää riitä.

4.1.2 Suun terveydenhoidon arvostus kotihoidossa

Aineistosta nousee selvästi esiin, että kotihoidon ohjaajien mielestä suurin osa kotihoidon työntekijöistä arvostaa suun terveyttä, mutta kotihoidon työntekijät kokevat kuitenkin ristipainetta pyrkiessään työskentelemään potilaslähtöisesti. Kotihoidon työntekijä on haasteellisessa tilanteessa työskennellessään asiakkaan kotona. Aina potilaat eivät halua tai jaksaa esimerkiksi lähteä hoitoon, vaikka heillä olisikin hoidontarvetta. Myös potilaiden hammashoitopelko saattaa aiheuttaa haasteita. Aikaa saattaa kulua paljon potilaan valmistamiseen ja motivoimiseen hammashoitolaan lähtöön, mutta välttämättä se ei kuitenkaan aina onnistu. Kaikki potilaat eivät myöskään avaa suutaan, jotta suun puhdistuksessa voitaisiin auttaa tai mahdollisia vaivoja tutkia. Haastateltavat kuvasivat kotihoidon työntekijöiden ristipainetta seuraavasti:

Mulla oli eilen kotihoidon työntekijän kehityskeskustelu ja hän just sanoi sitä, että miten hankalaa se on, kun väkisin ei voi tehdä.

Ja kun oli laitoksessa työssä, niin siellä saattoi käydä viisi kertaa kokeilemassa ja kerran pääsi sinne suuhun. Sitä mahdollisuutta meillä ei kotihoidossa ole, me käydään ehkä sen kerran ja se oli siinä.

4.2 Suun terveydenhoidon resurssit kotihoidossa

Omasta tutkimusaineistostani nousee varsin selvästi esiin se, että kotihoidon työntekijöiden työnkuva on erittäin laaja ja työolosuhteet saattavat olla sellaiset, että suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus kärsivät. Vastaajat kuvasivat asiaa muun muassa näin:

Mä aina ajattelin sitä, että kotihoidossa hoitajan työnkuva se on niin laaja, kaikista ohjelmista sosiaalisiin etuuksiin, etuuksien hakemisiin ja niiden auttamisiin. Se ei ole pelkästään sitä ihmisen fyysisistä hoitamista, se on myös sitä, se on se pieni osa ja sit se myös sitä sosiaalista apua, sit vielä omaiset siihen päälle, jotka voi olla hyvin haastavia. Siinä voi olla aikamoinen paletti, mitä lähihoitaja kotihoidossa osaa, se on moniosaava.

Meillä on kerran ollu sellanen tilanne, että asiakas tarvi kotiin sen hammaslääkärin. Joku [suussa] oli tosi kipee ja joku [suussa] paino ihan hirveästi, oliko hän niin, että hän oli vuodepotilas ja sitä kun selviteltiin, että millä ihmeellä, kun se tarvi sen, että joku ammattilainen katso sen. Se oli lopun viimein, että netistä googlattiin, että kuka sen tulee katsomaan. Se oli yksityispuolelta. Se oli paha tilanne ja konsultoitin lääkäriä ja sit päädyttiin tähän.

Aineistoston mukaan suuhygienistiopiskelijoiden tarpeellisuus kotihoidon tiimeissä on merkittävä. Heitä pidetään odotettuna ja tervetulleena lisäresurssina. Kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon työntekijät arvostavat suuhygienistiopiskelijoiden työpanosta ja ovat kiitollisia siitä, että kotihoidon asiakkaat saivat laadukkaan suun terveydenhoidon.

Myös kotihoidon työntekijät aktivoituivat selvästi asiakkaiden suun terveydenhoidosta opiskelijoiden aikana. Haastateltavat kuvasivat asiaa muun muassa näin:

Usein ne, [potilaat], jotka on hyvin kielteisiä muuttuu siinä, kun sanoo, että nyt tää asiantuntija [suuhygienistiopiskelija] sanoo, että sun suus on sitä ja tätä, niin se menee paremmin perille. Ne on hienoja hetkiä, kun joku jolla on sitä ammattitaitoa tulee sinne kotiin.

Selvästi lisäs sitä hoitajien kiinnostusta suunhoidon suhteen.[Suuhygienistiopiskelijoiden työhönoppimisjakso kotihoidossa]

4.2.1 Kotihoidon riittävä henkilöstö

Tutkimuksessa nousi selvästi esiin kotihoidon työntekijöiden riittämätön määrä ja kiire, sekä huoli henkilöstöressurssien riittävydestä. Henkilöstöä saisi olla enemmän, jotta heillä olisi aikaa hoitaa asiakkaitaan parhaalla mahdollisella tavalla. Asiaa kuvattiin muun muassa näin:

Kun samaan aikaan pitäisi olla 18 eri paikassa, niin huomataanko se hampaidenpesu katsoo.

Aamulla on eniten työtä ja jos se hampaidenpesu ajoittuu myös sinne, kun on kiire, niin se hampaidenpesu varmasti menee viimeiseksi.

4.2.2 Kotihoidon monisairaant potilaat

Aineiston perusteella, kotihoidon asiakkaat ovat usein erittäin huonokuntoisia vanhuk-
sia tai syrjäytyneitä keski-ikäisiä, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja hoitoa. Aineistoni
mukaan kotihoidon ohjaajien mielestä potilaat saattavat myös kokea, että heidän taki-
aan ei tarvitse enää nähdä vaivaa ja lähteä esimerkiksi hammashoitolaan. Haastatelta-
vat kertoivat asiasta muun muassa näin:

Sit on näitä asiakkaita, jotka hoitaa itse, tai sanovat, että hoitavat, niin ei heitä
aleta erikseen katsomaa.

Pikkusen sellanen tunne, että sellanen alistuneisuus, he tietää sen, että kun he
katsoo sinne suuhun ja siellä on ongelma, niin se ongelma lankee heille.

Tutkimuksesta käy ilmi, että monet kotihoidon asiakkaat ovat huonokuntoisia sänkypo-
tilaita, jotka eivät ole käyneet moneen vuoteen edes ulkona. Hammashoitolaan lähtö
saattaa olla heille hyvin raskas kokemus fyysisesti. Kotihoidon asiakkaat myös saatta-
vat kokea, että heidän vuokseen ei kannata nähdä niin paljon vaivaa. Asiaa kuvattiin
näin:

Se on niille raskas kokemus ja ne helposti sanoo, että minä en jaksa, kun se energia menee tavallaan siihen hengissä pysymiseen ja elämiseen ja kokevat syyllisyyttä, kun minun takia tarvii nähdä vaivaa. Sota-aikaan se on ollut ylellisyyttä se hammashoito.

Mul tuli heti yks mummo mieleen, kun on skitsofreniaa ja muut sairaudet, lonkat on sijoiltaan ja nurin, kyl mä sanon, et haastavaa on lähtee sen kans tonne. [hammashoitolaan]

Aineistosta nousee esiin myös kotihoidon ohjaajien huoli syrjäytyneistä keski-ikäisistä asiakkaista, jotka eivät halua lähteä hammashoittoon tai joiden voimavarat eivät siihen riitä. Heillä on usein myös hammashoitopelko, jota täytyy hoitaa. Tätä kuvattiin näin:

On syrjäytyneitä ihmisiä ja vaikka ne haluaisivatkin lähteä hoitoon, niin ne ei vaan pysty.

Hirveen hankalaa se lähteminen yleensä mihinkään. [pelkopotilaan kanssa hammashoittoon]

4.3 Kotihoidon asiakkaan pääsy suun terveydenhuollon asiakkaaksi.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon asiakkaat pääsevät hyvin suun terveydenhuollon asiakkaaksi. Kotihoidon ohjaajat kokevat, että kotihoidon asiakkaat saavat myös ajan oikealle ammattihenkilölle. Jos aikoja on ollut tarpeen vaihtaa, se on onnistunut myös hyvin. Kotihoidon työntekijät tai suuhygienistiopiskelijat varaavat usein ajat hammashoitolaan, koska asiakkaat kokevat puhelimen tai internetin käytön vaikeaksi. Kotihoidon ohjaajien mielestä potilaat ovat olleet yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa hammashoittoon. Kotihoidon ohjaajat kuvasivat potilaiden hoitoon pääsyä seuraavasti:

Ainakin meillä tuntuu, että on päässyt ja osahan käyttää yksityistä ja haluavat mennä sinne.

Hyvin ollaan saatu järjestymään se, et jos on peruuntunut ja aina on saatu tilalle aika.

4.3.1 Kotihoidon asiakkaan kuljetukset hammashoitolaan.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että tukipalvelun työntekijä pääsee parhaiten auttamaan kuljetuksissa noin kello 12 - 13 aikaan. Tuolloin myös kotihoidon asiakkaalle sopii yleensä parhaiten tulla hammashoitolaan, koska aamutoimet on jo tehty ja iltatoimiin ei ole vielä

kiirettä. Aineistosta nousi esiin kotihoidon ohjaajien huoli erittäin huonokuntoisten potilaiden kuljetuksista ja pääsystä hammashoitolaan. Tätä kuvattiin muun muassa näin:

Ongelma on enemmän se miten me saadaan potilas sinne hammashoitolaan, ei se onko aikoja.

Aika pitkälle me joudutaan kotona katsomaan sitä tilannetta, se on ihan se.

4.3.2 Suun terveydenhuollon kotikäynnit hammashoitolasta.

Aineistosta nousee esiin toive esimerkiksi suuhygienistin tai hammaslääkäri/hammashoitajaparin kotikäynneistä. Suuhygienistien kotikäynntejä toivottiin säännöllisesti ja erityisesti epäselvissä tilanteissa, huonosti liikkuvan potilaan kohdalla, toivottiin hammaslääkäriin kotikäyntiä. Toivottiin myös liikkuvaa suunhoitoyksikköä ”Liisua” tulemaan asiakkaiden luo, jotta kuljetukset helpottuisivat ja hoidot onnistuisivat samalla kertaa. Vastaajat kuvasivat asiaa seuraavasti:

Kalliiossahan on niitä korkeita kerrostaloja ja siellä asuu paljon yläkerroksissa porukkaa, jotka eivät ole käyneet siis vuosikausiin ulkona ja sit siellä ei ole hissiä, et se on kyllä hankalaa, et mites sieltä lähet. Tuli mieleen yks pappi, joka oli ollut monta vuotta siellä sisällä ja poika oli vienyt sille ruoat. Nii semmoset on hankalia, et varatkaa aika, mut miten sä saat sen pappi ulos. Silloin olis hyvä et olis joku taho joka tulis.

Se olis hyvä sellanen suunnitelma että olis ensimmäinen käynti mobiilipalvelussa, se motivoisi lähtemään jatkossa hammashuoltoon. Potilas saisi ammattilaisen mielipiteen joka sanois et kato hei mä varaan sulle ajan, se olis helpompi. Jos meille tulee fysioterapeutti käymään, niin kyllä ne ottaa sen tosissaan. [terveysneuvonnan]

5 Pohdinta

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämä opinnäytetyö käsitteli kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa uusia kehittämissideoita moniammatilliseen yhteistyöhön kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon tueksi.

Luotettavuuden arviointi lähtee tutkimustehtävän ja aineiston tarkastelusta, vastaako tutkimusaineisto tutkimuskysymyksiin. Myös tutkimusprosessin kuvaus eri vaiheineen on keskeinen tekijä tutkimuksen luotettavuudessa. (Krause - Kiikala 1997: 130:) Tässä tutkimuksessa kirjallinen aineisto on ollut kattava ja tutkimustehtäviin saatiin vastaus haastatteluaineistolla.

Tutkimus oli kvalitatiivinen haastattelututkimus, jossa haastateltiin Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajat. Tarkoituksena oli haastatella alueen kaikki 11 kotihoidon ohjaajaa, mutta yksi kotihoidon ohjaaja ei päässyt haastatteluihin, joten haastattelin 10 kotihoidon ohjaajaa. Koska työskentelen itse suuhygienistinä Pohjois-Helsingin alueella ja toimin siellä kotihoidon suunhoidon koordinaattoreiden vastuusuuhygienistinä, valitsin kotihoidon ohjaajat tältä alueelta. Lisäksi lähettämäni e-lomake-kyselyyn vastasi kuusi kotihoidon ohjaajaa määräaikaan mennessä. (Liite 5)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston riittävyyden yhteydessä kyllääntymisestä. Mäkelän (1990: 52) mukaan kyllääntymisellä tarkoitetaan sitä, että aineiston keruu lopetetaan sitten, kun uudet tapaukset eivät tuo esiin uusia piirteitä. Ongelmallista haastattelututkimuksissa on se, että etukäteen ei voida tietää milloin tuo raja saavutetaan ja saavutetaanko sitä lainkaan. Mäkelän mielestä aineistoa ei kannata kerätä yhdellä kertaa liikaa, koska aineiston analyysi on työläämpää kuin aineiston keruu. Omassa tutkimuksessani aineistoa olisi voinut kerätä enemmän, mutta en ole varma, olisiko se antanut lisäantia tutkimukselle. Tutkimuksen yleistettävyyys liittyy esitetyn aineiston riittävyyteen ja laadullisessa tutkimuksessa se on haasteellista.

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Hirsjärven ym. (2009: 208 - 110) mukaan ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska yhdellä kertaa saadaan tietoja usealta henkilöltä. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että teema-alueet ja aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelin kotihoidon ohjaajat kolmessa ryhmässä, joista yhdessä oli neljä henkilöä ja kahdessa kolme henkilöä. Kylmän ja Juvakan (2007: 84) mukaan ryhmän ihanteellinen koko on 3-12 henkeä, mutta mitä suuremmasta ryhmästä on kyse, sitä vaativammaksi sekä haastattelemisen että haastattelunauhoitusten puhtaaksi kirjoittaminen muodostuu.

Haastatteluja varten oli varattu rauhallinen tila. Haastattelut suoritettiin kotihoidon työpisteissä, kotihoidon ohjaajien työhuoneissa. Haastattelut kestivät noin tunnin ja suoritettiin ja nauhoitin itse kaikki haastattelut. Haastattelu on yksi käytetyimmistä tutkimus- ja tiedonhakumenetelmistä. Ojasalon, Moilasan ja Ritalahden (2009: 94) mukaan, haastattelu sopii hyvin kehittämistilanteisiin, koska sillä saadaan syvällistä tietoa tutkittavasta asiasta.

Haastatteluaineisto liittyy aina tiettyyn tilanteeseen ja kontekstiin ja siksi haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin, kun jossain toisessa tilanteessa. Tutkijan tuleekin pyrkiä tulkitsemaan haastateltavien vastauksia tällaisten tilanteiden valossa. (Hirsjärvi ym. 2009: 207.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäävät haastateltavien suorat lainaukset.

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen liittyy, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Tätä kutsutaan face-validiteetiksi. Omassa tutkimuksessani halusin lisätä tutkimuksen luotettavuutta face-validiteetin avulla. Lähdin viikolla 21 haastateltaville e-lomakkeella kyselyyn, johon olin laittanut 17 väitettä haastattelututkimuksista saamieni aineistojen perusteella. Haastateltavat pystyivät vastaamaan, olivatko he väitteistä täysin samaa mieltä, samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä vai täysin eri mieltä. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Määräaikaan mennessä sain kuusi vastausta. Vastaukset osoittivat että tulokset ja johtopäätökset olivat oikeat. (Liite 5)

Sisällön analyysissä käytin induktiivista logiikkaa. Ennen lopullista analyysiä, perehdyin vielä huolella aineistoon ja luin sen useaan kertaan läpi. Valitsin aineiston luokitteluyksiköksi ajatuskokonaisuudet ja lähdin pelkistämään aineistoa. Etsin aineistosta selviä

pelkistettyjä lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Samalla pyrin karsimaan epäolennaiset ilmaukset pois. Yritin suhtautua aineistoon mahdollisimman avoimesti. Kokosin pelkistetyt ilmaukset listoihin ja lähdin erottelemaan samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Kokosin samankaltaiset ilmaukset yhteen ja muodostin alakategoriat. Käytin tähän apuna teemahaastattelun runkoa. Ryhmittelyn jälkeen abstrahoin aineiston, jolloin yhdistin samansisältöiset luokat yläluokiksi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan kyky pelkistää aineisto ja muodostaa niistä kategoriat.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijan pitkäaikainen ja monipuolinen perehtyminen aihealueeseen.

5.2 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.

Ikääntyvien suun terveys on tärkeä osa hyvinvointia ja terveyttä, mutta hampaallisten ikäihmisten osuuden jatkuva lisääntyminen tuo haasteita kunnille ja hoitohenkilökunnalle. Hyvä suun terveydentila yhdessä hyvän ravitsemuksen kanssa ylläpitävät kotihoidon asiakkaan terveyttä ja elämänlaatua, nopeuttaa sairauksista toipumista ja parantaa kotona asumisen mahdollisuutta.

Taustakysymysten mukaan haastatelluilla kotihoidon ohjaajilla on vankka ammattitaito kotihoidon ohjaajan työhön. He olivat koulutukseltaan: terveydenhoitajia, johtamisen erityisammattitutkinnon suorittaneita, sosiaaliohjaajia, sairaanhoitajia YAMK, sosionomeja AMK, sosiaaliohjaajia, lähihoitajia, kodinhoitajia, sisätautikirurgian sairaanhoitajia. Heidän keskimääräiset työskentelyvuotensa kotihoidossa oli 13.55 vuotta. Heidän keskimääräiset työskentelyvuotensa kotihoidon esimiehinä oli 7.8 vuotta. Kotihoidon ohjaajien vastuulla olevan henkilökunnan lukumäärä oli keskimäärin 21.8 henkilöä ja kotihoidon asiakkaiden määrä kotihoidon ohjaajan alueella oli keskimäärin 94.3 henkilöä.

Kotihoidon ohjaajat toivovat uudelle kotihoidon asiakkaalle hammaslääkärin tekemää suun terveystarkastusta ja hoitosuunnitelmaa. Jos asiakas on niin huonokuntoinen, että hän ei pääse hammashoitolaan, hänelle toivotaan suun terveydenhuollon ammattilaisen kotikäyntejä. Kotihoidon asiakkaaksi tulovaiheessa tulisi selvittää aiemmat suun hoito- ja puhdistustottumukset, hammashoidon säännöllisyys, hammasproteesien käyttö sekä käytössä olevien lääkkeiden vaikutus suun terveydelle. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sairaudet vaikuttavat hoidon suunnitteluun.

Asiantuntijuus merkitsee sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa usein tiettyä ammatillista roolia. Ammatillisten roolien muuttaminen on tutkimukseni mukaan osoittautunut haasteeksi kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa kehitettäessä. Tutkimuksesta nousi selvästi esiin se, että kotihoidon ohjaajat kokevat huolta siitä, että kotihoidon työntekijät eivät koe riittävää asiantuntijuutta kotihoidon asiakkaan suun terveydentilan tutkimiseen, hoitamiseen eikä kirjaamiseen. Myöskään suunhoidon koordinaattorit eivät koe riittävää asiantuntijuutta suun terveyden alalta, jotta he voisivat kouluttaa omaa tiimiään. Miegien (2001) mukaan, ihminen pystyy kasvamaan asiantuntijaksi vasta kun hän omaksuu tietyn roolin ja alkaa kantaa vastuuta siihen kuuluvista tehtävistä. Myös Elorannan ja Kuuselan (2011: 10) ja Tepposen (2009: 17) mukaan kotihoidon hoitajien työ on erittäin laaja-alaista ja tarvitaan vahvaa ammattitaitoa ja työkokemusta parantamaan omaa asiantuntijuutta ja työskentelyä yhdessä toisen ammattikunnan kanssa.

Isoherrasen (2012: 112) mukaan perusterveydenhuollossa on kuitenkin hyvät mahdollisuudet parantaa eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä yhteistyötä ja vahvistaa osaamista. Terveystalouden ammattihenkilöiden toimintaa säätelee kuitenkin Suomessa ammattihenkilölaki (1994/559), asettaa reunaehdot roolirajojen ylitykselle. Kaarina Isoherranen (2012: 112.) pitää tätä suurena haasteena moniammatillisuutta kehitettäessä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan voidaan todeta, että suunterveydenhoidon kirjaukset suunterveyden arviointilomakkeeseen, hoitosuunnitelmaan sekä Pegasokseen riippuvat paljon myös hoitajan aktiivisuudesta. Toiset hoitajat eivät kirjaa niitä lainkaan ja toiset kirjaavat esimerkiksi sen, että hoitaako potilas itse suun puhdistuksen vai auttaanko häntä. Myös se onko proteesit vai omat hampaat merkataan potilastietoihin melko hyvin.

Potilastietojen kirjaaminen on erittäin tärkeää ja tehostaa kollektiivisen tiedon kokoamista. Isoherrasen (2012: 129) mukaan potilastietojen kirjaamisen kehittäminen sellaiseksi, että se aidosti tehostaisi kollektiivisen tiedon kokoamista ja organisaation rajojen ylityksiä on suuri haaste. Päivärinnan ja Haverisen (2008: 23) mukaan kotihoidon työntekijöiden tulee saada tarpeellinen koulutus potilasasiakirjojen täyttöä varten. Kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä työväline, kun suunnitellaan ja toteutetaan laadukasta asiakastyötä. Suunnitelman avulla varmistetaan tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijöiden vaihtuessa. Kotihoito toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Asiakkaan saama palvelu ja siihen kulunut aika

kirjataan asiakastietojärjestelmään. Kotihoidon hyvällä kirjaamisella voidaan vaikuttaa palvelun laatuun. Asiakkaan saaman palvelun järjestelmällinen dokumentointi auttaa palvelun laadun seurannassa ja arvioinnissa. Se auttaa myös toiminnan näkyväksi tekemisessä ja auttaa arvioimaan, mitkä prosessit auttavat asiakasta. (Asiakaslähtöinen kotihoito 2007: 26 - 27.) Pohdin, voisiko uuden kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa vielä enemmän painottaa sairaanhoitajan suun terveydenhoidon asiantuntijuutta ja vastuuta.

Aineistosta tulee ilmi, että kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon työntekijät tarvitsisivat enemmän tukea ja koulutusta suun terveydestä jo peruskoulutuksessa. Kotihoidon asiakkaalle suunniteltu suun terveydenhoidon arviointilomake on otettu käyttöön vain muutamassa tiimissä ja sen käyttö koetaan haasteelliseksi. Sen täyttämiseen toivotaan myös lisää koulutusta. Kotihoidon ohjaajien mielestä suun terveyden koulutusta tulisi saada paljon enemmän jo perusopinnoissa sairaanhoitaja- ja lähihoitajakoulutuksessa. Sen lisäksi kotihoidon ohjaajat toivovat, että koko tiimille annettaisiin koulutusta suun terveydestä, eikä ainoastaan suunhoidon koordinaattorille. Aineiston mukaan kotihoidon ohjaajat toivovat, että koulutusta kotihoidon työntekijöille antaisivat vastuusuhygienistit, suuhygienistiopiskelijat ja esimerkiksi tulevaisuudessa lähihoitajaopiskelijat. Kotihoidon lääkäreille koulutusta toivottiin hammaslääkäreiltä tai erikoishammaslääkäreiltä. Aineistosta selviää, että suun terveydenhoidon koulutuksen puute on suuri este kotihoidon asiakkaan suunterveyden edistämisen ja moniammatillisuuden parantamisessa.

Kotihoito on haasteellinen ja kehittyvä alue joka edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa tiedon päivittämistä. Koulutuksen merkitys tiedon päivityksessä sekä uuden kokeilu on tärkeää. Kotona tehtävä työ on itsenäistä, eikä työkavereita ole paikalla pohtimassa ongelmatilanteita. Nykyinen lähihoitajan koulutus sisältää hyvin vähän opintoja suun terveydenhoidosta. Lupaavahankkeen myötä, Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon vastuusuhygienistit ovat kouluttaneet kotihoidon suunhoidon koordinaattoreita. Suunhoidon koordinaattorit vaihtuvat usein, eivätkä he aina pääse heille tarkoitettuihin suun terveydenhoidon koulutuksiin. Suunhoidon koordinaattoreiden tulisi edelleen kouluttaa oman tiimensä työntekijöitä suun terveydenhoidon alalta. Voisiko tässä olla kotihoidon ohjaajilla oma roolinsa henkilöstöjohtajina mahdollistaa kotihoidon työntekijöiden koulutukseen pääsy, esimerkiksi työntekijäresurssit huomioimalla ja kannustamalla osallistumaan koulutuksiin. Myös viidennen ja kuudennen lukukauden suuhygienistiopiskelijat kouluttavat kotihoidontyöntekijöitä työhön oppimisjaksollaan. Suugerontologian koulu-

tusta tulisi lisätä niin suuhygienistikoulutuksessa, hammashoitajakoulutuksessa, lähihoitajakoulutuksessa sekä hammaslääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksissa.

Aineistosta nousee selvästi esiin, että kotihoidon ohjaajien mielestä suurin osa kotihoidon työntekijöistä arvostaa suun terveyttä, mutta he kokevat kuitenkin ristipainetta pyrkinessään työskentelemään potilaslähtöisesti. Kotihoidon työntekijä on haasteellisessa tilanteessa työskennellessään asiakkaan kotona. Aina potilaat eivät halua tai jaksaa esimerkiksi lähteä hoitoon, vaikka heillä olisikin hoidontarvetta. Myös potilaiden hammashoitopelko saattaa aiheuttaa haasteita. Aikaa saattaa kulua paljon potilaan valmistamiseen ja motivoimiseen hammashoitolaan lähtöön, mutta välttämättä se ei kuitenkaan aina onnistu. Kaikki potilaat eivät myöskään avaa suutaan, jotta suun puhdistuksessa voitaisiin auttaa tai mahdollisia vaivoja tutkia. Kotihoidossa korostuu potilaan omahoitajan rooli. Myös Leppänen (2005: 80; Tenkanen 2003: 115 - 116; Äijö ja Sirviö (2012: 23 - 26) nostavat tutkimuksissaan esiin ikäihmisen autonomian ja työntekijän vastuun välisen jännitteen sekä sen, että iäkkäät eivät välttämättä koe palveluita tarpeellisiksi itselleen.

Tutkimuksessa nousi selvästi esiin kotihoidon ohjaajien huoli kotihoidon työntekijöiden kiireestä, koska kotihoidossa tehdään työtä jo nyt ahkerasti ja motivoituneesti, lähes ääri rajoilla asti. Myös (Malinin 1996: 116; Tenkasen 2003; Niemelän 2006: 223; Teposen 2009: 182) tutkimuksissa vanhukset olivat muuten tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta hoitohenkilökunnan kiirettä ja vaihtuvuutta pidettiin huonona. Kiire näkyy siinä, että työntekijät pyrkivät tekemään vain välttämättömimmät työtehtävät ja se huonontaa kotihoidon laatua. Jatkuvat muutokset myös lisäävät kiirettä. Myös Niemelän (2006: 223) tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että kotihoidossa on olemassa kahdenlaista kiirettä, tiedossa olevaa ja ennakoimatonta. Kotihoidon työntekijän työssä on vaikeaa toimia niin, että tämäntyyppistä kiirettä ei tulisi. Suoritettavat tehtävät ja asiakaskäyntien määrät eivät anna juuri lainkaan joustoa ennakoimattomaan kiireeseen. On olemassa tiettyjä tehtäviä, joita ei voi tehdä muulloin kuin aamulla ja illalla. Kuitenkin esimerkiksi potilaan suun puhdistuksen voi tehdä myös päivällä.

Aineiston mukaan, kotihoidon asiakkaat ovat usein erittäin huonokuntoisia vanhuksia tai syrjäytyneitä keski-ikäisiä, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja hoitoa. Myös Niemelän (2006: 150 - 158) mukaan huonokuntoisten asiakkaiden kohdalla, voi hoitoajan arvioiminen olla vaikeaa ja terveydentila voi yllättäen heikentyä. Kotihoidon ohjaajien mielestä potilaat saattavat myös kokea, että heidän takiaan ei tarvitse enää nähdä vaivaa ja

lähteä esimerkiksi hammashoitolaan. Myös Äijö ja Sirviö (2012: 23 - 26) nostavat tutkimuksissaan esiin sen, että iäkkäät eivät välttämättä koe palveluita tarpeellisiksi itselleen.

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa on havaittu, että huonosti liikkuvat vanhuksset tarvitsevat usein pidempiä hoitoaikoja kuin muut potilaat. Siksi hammaslääkäreille ja suuhygienisteille on luotu päiväkirjoille pidempiä liikuntarajoitteisten vastaanottoaikoja, niin sanottuja ”liivo-aikoja”. Tutkimuksesta kävi ilmi, että kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon asiakkaat pääsevät hyvin suun terveydenhuollon asiakkaaksi. Kotihoidon ohjaajat kokevat, että kotihoidon asiakkaat saavat myös ajan oikealle ammattihenkilölle. Jos aikoja on ollut tarpeen vaihtaa, se on onnistunut myös hyvin. Kotihoidon työntekijät tai suuhygienistiopiskelijat varaavat usein ajat hammashoitolaan, koska asiakkaat kokevat puhelimen tai internetin käytön vaikeaksi. Kotihoidon ohjaajien mielestä potilaat ovat olleet yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa hammashoittoon.

Monisairaiden vanhusten kuljetukset hammashoitolaan vaativat usein taksin tai jopa ambulanssin. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat usein mukaansa saattajan. Saattaja voi olla oma omainen, kotihoidon työntekijä tai tukipalvelun työntekijä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tukipalvelun työntekijä pääsee parhaiten auttamaan kuljetuksissa noin kello 12 - 13 aikaan. Tuolloin myös kotihoidon asiakkaalle sopii yleensä parhaiten tulla hammashoitolaan, koska aamutoimet on jo tehty ja iltatoimiin ei ole vielä kiirettä. Myös suun terveydenhuollolle kello 12 - 13 liikuntarajoitteisen (Liivoaika) sopii hyvin, koska aamu- ja iltajat ovat hammashuollossa yleensä halutuimpia aikoja.

Aineistosta nousi esiin kotihoidon ohjaajien huoli erittäin huonokuntoisten potilaiden kuljetuksista ja pääsystä hammashoitolaan. Koska monet kotihoidon asiakkaat ovat huonokuntoisia ja heidän kuljetuksensa esimerkiksi hammashoitolaan vaatii paljon voimia ja aikaa, kotihoidon työntekijät toivovat enemmän hammashoitohenkilökunnan kotikäyntejä. Kotihoidon ohjaajat toivovat esimerkiksi suuhygienistin tai hammaslääkäri/hammashoitajaparin kotikäyntejä. Erityisesti epäselvissä tilanteissa, huonosti liikkuvan potilaan kohdalla on toivottu hammaslääkärin kotikäyntiä. Myös liikkuvaa suunhoitoyksikköä ”Liisua” toivottiin tulemaan asiakkaiden luo, jotta kuljetukset helpottuisivat ja hoidot onnistuisivat samalla kertaa. Kotihoidon ohjaajien mielestä kotihoidon huonosti liikkuvien tai pelkopotilaiden ensikäynti hammaslääkärin tai suuhygienistin luona voisi olla ”Liisu-käynti” Näin he rohkaistuisivat jatkossa menemään hammashoitolaan. Helsingin kaupungin suun terveydenhuollolla on käytössään liikkuva suunhoitoyksikkö

”Liisu”, joka kiertää koulujen, leikkipuistojen ym. lisäksi myös vanhustenhoitolaitoksia. ”Liisua” ei voi kuitenkaan pysäköidä minne tahansa, vaan se tarvitsee sähköä ja edellytyksenä onkin, että auto saadaan kytkettyä kolmivaihevirtaan. Komulainen (2013) pitää iäkkäille kotiin vietäviä suun terveydenhuollon palveluja erittäin tärkeänä. Myös Sirviön ja Äijön (2012: 23 - 26) tutkimuksen mukaan iäkkäät asiakkaat pitävät tärkeänä lähelle tuotua palvelutoimintaa ja se edistää myönteistä suhtautumista palveluun ja siihen haikutumista. Iäkkäät ihmiset kokivat ”Suupirssin” tuoman palvelun laadukkaana ja heitä hyvin palvelevana.

Koska iäkkäät ihmiset arvostavat kotiin tuotuja palveluja, (esimerkiksi fysioterapeutti ja jalkahoitaja) ja kotikäynnit ovat asiakaslähtöinen tapa vastata asiakkaiden tarpeisiin, tulisi niitä myös suun terveydenhuollon osalta lisätä. Pohdin, voisiko nykyisiä resursseja suunnata toisin ja työnjakoa esimerkiksi hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien välillä vielä tehostaa. Tiettyjä tehtäviä voisi myös ulkoistaa. Tällä hetkellä noin puolet suuhygienistin työajasta menee lasten ja nuorten hoitoihin. Ennaltaehkäisevä työ ei ole kuitenkaan ollut kaikilta osin vaikuttavaa. Suomalaiset lapset ja nuoret harjaavat edelleen huonosti hampaitaan, vaikka tilanteen parantamiseksi on kohdennettu suun terveydenhuollon osalta paljon resursseja. Ulkoistamalla esimerkiksi hampaidenharjausopetusta enemmän päiväkoteihin ja kouluihin, saataisiin resursseja vapautettua hammashoitajille ja suuhygienisteille vaativampaan työhön. Esimerkiksi oikomishoidon osalta voisi löytyä työtehtäviä joita voisi siirtää hammaslääkäreiltä suuhygienistelle ja hammashoitajille, jotta hammaslääkäreiltä riittäisi enemmän aikaa vaativille vanhuspotilaille. Markkinoilla on pienen matkalaukun kokoisia liikuteltavia suunhoitoyksiköitä, joiden avulla esimerkiksi hammaslääkäri voi suorittaa paikkauksia ja suuhygienisti poistaa potilaan hammaskivet ja puhdistaa hänen suunsa, potilaan kotona. Myös kotihoidolle erikseen kehitetty liikkuva hoitoyksikkö voisi olla hyvä apu kotihoidon asiakkaiden suun terveyden parantamiseksi. Liikkuvaa hoitoyksikköä voisi käyttää myös muut terveydenhuollon ammattilaiset, esimerkiksi sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja jalkahoitajat.

Uusi vanhuspalvelulaki arvostaa vanhuksen suun terveyttä ja painopisteenä on ehkäisevä toiminta ja työ. (Vanhuspalvelulaki) Suunhoitopalveluihin kuuluvat iäkkäiden henkilöiden suun terveydenhoito, ehkäisevät palvelut ja korjaavat hoitopalvelut. Iksen, Julkusen (2007: 145) ja Friisin (2004: 74) mukaan työ kotihoidossa on kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä ja kotisairaanhoitopotilaan hoitaminen edellyttää laajaa ja monipuolista tietoperustaa ja se perustuu tasavertaiseen yhteistyöhön eri ammattiryh-

mien kanssa. Kotihoidossa arvot ja eettiset periaatteet ovat selkeät ja ohjaavat palvelujen kehittämistä. Ihminen onkin nähtävä kokonaisuutena ja palveluita kehitettävä niin, että arvokas ikääntyminen on mahdollista. Kotihoidon asiakas on oman suun terveytensä asiantuntija ja lähtökohtana on hyvän omahoidon tukeminen ja vahvistaminen. Suurella osalla kotihoidon asiakkaista ei ole mitään suuria ongelmia suussa ja heidän tukemisensa päivittäisessä suunhoidossa onkin erityisen tärkeää, jotta terveys pysyisi myös jatkossa hyvänä. Kotihoidon työntekijöitä tulisikin rohkaista ja kannustaa auttamaan potilaita suun terveydenhoidon osalta. Aina tähän ei tarvita paljon aikaa. Monet kotihoidon potilaat ovat myös muistisairaita ja joskus saattaa jo pelkkä potilaan muistuttaminen hampaiden harjauksesta ja hänen kuljettamisensa kylpyhuoneeseen, auttaa suun kunnossa pysymisessä. Jos asiakas ei itse pysty omahoidosta huolehtimaan, tehtävä kuuluu terveydenhuollon ammattilaisille. Tähän tarvitaan asiantuntijuutta, koulutusta ja resursseja.

Tällä hetkellä Helsingissä edetään mielenkiintoisia aikoja SOTE -uudistusta odotellessa. Kukaan ei vielä tiedä, että onko Helsinki tulevaisuudessa osa 14 kunnan suurmetropolia vai osa 4 kunnan pienmetropolia vai jotain muuta. Myös vaihtoehto ”raha seuraa potilasta” voisi toteutuessaan merkitä suuria muutoksia SOTE -alalla. Minulle itselleni tuli tämän tutkimuksen aikana kuitenkin voimakas tunne siitä, että kotihoidon asiakkaan suunterveys paranee tulevaisuudessa merkittävästi. Uskon siihen positiiviseen muutokseen, joka on jo lähtenyt käyntiin. Henkilöille, joilla on alentunut kyky huolehtia itse suun terveydenhoidosta, tulisi mahdollistaa pääsy suun terveydenhoidon tarpeen arviointiin ja hoidon tarpeen arvion pohjalta heille tulisi luoda edellytykset suun päivittäishoidolle. Uudessa ”Tukevasti kotona -hankkeessa”, kiinnitetään juuri tähän asiaan huomiota ikäihmisten kohdalla. Valitettavasti hanke ei vielä koske kotihoidon asiakkaita.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielestäni erittäin mieluista, joskin myös haasteellinen ja aikaa vievä kokemus. En ole aikaisemmin tehnyt kvalitatiivista haastattelututkimusta, mutta mielestäni työtä tehdessäni opin koko ajan uutta. Joitain asioita tekisin ehkä nyt toisin. Esimerkiksi jos aikaa olisi ollut enemmän, olisin halunnut selvittää yksityiskohtaisemmin suunterveyden arviointilomakkeen käyttöä ja siihen liittyviä vaikeuksia. Oma rooliani tutkijana on vahvistanut se, että olen voinut jo nyt osittain hyödyntää tutkimustuloksia päivittäisessä työssäni ja näen sen vaikuttavuuden. Esimerkiksi kotihoidon suunhoidon koordinaattoreiden ja suuhygienistien kehittämisiltapäivässä 18.9.2013, vedin tutkimustuloksiini perustuen ryhmäkeskustelun, jonka aiheena oli,

”millainen suunhoidon koordinaattorin toimenkuva tulisi olla tulevaisuudessa”. Paikalla oli noin 80 henkilöä, kotihoidon ohjaajia, kotihoidon suunhoidon koordinaattoreita, suuhygienistejä ja suuhygienistiopiskelijoita. Ryhmäkeskustelun tulokset tukivat omassa tutkimuksessani saatuja tuloksia. Kotihoidon suunhoidon koordinaattorin työtä tullaankin jatkossa kehittämään ja selkeyttämään. Suun terveydenhoidon koulutusta pyritään myös jatkossa antamaan koko kotihoidon henkilökunnalle. Johdolle on jo suunniteltu ikäihmisen suunhoitoa käsittelevä koulutus ja se toteutetaan 9.12.2013. Koulutuksesta vastaa suun terveydenhuollon osalta johtajahammaslääkäri, vastaava ylihoitaja ja gerontologiaan erikoistunut erikoishammaslääkäri.

5.2.1 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimukseni näkökulma oli kartoittaa Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa ja siten löytää kehittämisideoita kotihoidon asiakkaiden suunterveyden tueksi. Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe olisi kartoittaa kotihoidon työntekijöiden mielipiteitä hoitosuunnitelman kirjaamisen käytänteistä. Tutkimuksellisesti olisi mielenkiintoista selvittää, minkälaisia kehittämisideoita heillä olisi potilastietojen kirjaamisen suhteen. Myös se, miten erilaiset kotihoidon asiakkaat ottavat vastaan heille tarjotun suun terveydenhoidon, voisi olla seuraavan tutkimuksen aiheena.

6 Eettiset kysymykset

Ruusuvuoren ja Tiittulan (2009: 17) mukaan haastattelututkimukseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, kuten esimerkiksi luottamuksellisuus ja tutkimuslupa. Luottamuksellisuus tarkoittaa sitä, että haastattelija kertoo haastateltavilleen haastattelun tarkoituksesta. Haastattelijan tulee käsitellä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja säilyttää haastateltavien anonymiteetti, tutkimusraporttia kirjoittaessaan. Myös Hirsjärvi ym. (2003: 214) pitävät tärkeänä asiana selvitystä tutkimuksen toteutuksen eri vaiheista. Lukijalle on hyvä kertoa esimerkiksi paikoista ja olosuhteista, jossa haastattelut tehtiin, haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät ja tutkijan arvio tilanteesta. Tulosten päätelmät ja tulkinnat tulee myös kertoa lukijalle.

Kotihoidon ohjaajien haastatteluihin hain tutkimusluvan terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinoitiryhmältä (TUTKA). Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin siihen kirjallinen suostumus. Heitä informoitiin haastattelun vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä siitä, että nauhoitettu aineisto hävitetään tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti. Haastattelun tulos on seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta.

Haastattelut suoritettiin rauhallisessa tilassa, kotihoidon ohjaajien omassa työpisteessä. Uskon sen soveltuvan parhaiten kotihoidon esimiesten haastatteluun. Apuna käytin nauhuria, koska se auttaa asioiden oikein muistamisessa. Teemahaastattelussa noudatettava suuri joustavuus luo paljon luotettavuuteen ja johtopäätösten pitävyyteen liittyviä haasteita. Tämä antaa mahdollisuuden tehdä myös tarkentavia kysymyksiä, jos joku asia jää epäselväksi. Sanojen ja ulkoisen käyttäytymisen ristiriitaisuudet ovat arvokasta tietoa tutkijalle. Tällainen informaatio kannattaa tallentaa järjestelmällisesti. (Hirsjärvi ym.1985: 50.)

6.1 Raportointi

Raportoin tutkimustuloksista suun terveydenhuollon johdolle, kotihoidon ohjaajille, kotihoidon koordinaattoreille, suun terveydenhuollon ja kotihoidon kehittämistyöryhmälle, suun terveydenhuollon ikäihmisen suun terveydenhuollon kehittämistyöryhmälle, sekä kotihoidon ja suun terveydenhuollon kehittämisiltapäivän kuuntelijoille 2014. Kirjoitan aiheesta myös artikkelin ”Suun terveydeksi” lehteen. Teen tutkimustuloksista myös posterin ”Vanhustyön vastuunkantajat” gerontologiseen kongressiin toukokuussa 2014.

Lähteet

Aarva, Kim 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Alasuutari, Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Autonen-Honkonen, Kirsi 2010. Kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoittaminen sosiaaliammashoidollisella lähestymistavalla. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos.

Eloranta, Sini – Kuusela, Marja 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö. Kouvola. Fioca.

Engeström, Yrjö - Niemelä, Anna-Liisa - Nummijoki, J 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä. PS-kustannus.

ETENE: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Etene julkaisuja 2008: 4. Vantaa. Kirjapaino Keili Oy.

Friis, Iiris 2004. Työni kotisairaanhoidajana. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Gynther, Mervi 2011. Tehokas tiimityö ja sen edellytykset. Haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma. Itäsuomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Heinola, Reijo 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski. Gummerrus kirjapaino Oy.

Heinonen, Timo 2007. Yleissairaudet suun terveydenhoidossa. Idies Ky.

Heiskanen, Olga 2010. Helsingin kaupungin kotihoidon imago Kaupunginsairaalan hoitohenkilökunnan silmin. Ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetyö. Hämeenlinna.

Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2012-2050. Julkaistu 9/2011. Luettu 26.10.2012

[URL:<http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginvaltuusto/Suomi/Esitys/2012/Halke_2012-02-15_Kvsto>](http://www.hel.fi/static/public/hela/Kaupunginvaltuusto/Suomi/Esitys/2012/Halke_2012-02-15_Kvsto)

Helsingin terveystieteiden keskuksen strategiasuunnitelma vuosille 2012 - 2014. Helsinki: Terveystieteiden keskus.

Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 1985. Teemahaastattelu. Helsinki. Kyriiri Oy.

Hirsjärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus University Press.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita, 15 - 16 painos. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Hyvärinen, Kati 2013. Proatherogenic effects of common pathogens on liver, adipose tissue and coronary artery disease. Väitöskirjatutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto Hammaslääketieteen laitos.

Häyrinen-Immonen, Ritva - Ikonen, Timo – Lepäntalo, Mauri – Lindgren, Leena - Lindqvist, Christian. Oral health of patients scheduled for elective abdominal aortic correction with prosthesis. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000; 19: 294.

Ikonen, Eija-Riitta – Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki. Edita Prima.

Ikäihmisten suun hoito-opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. 2003. Helsinki. Hammaslääkäriliiton kustannus Oy.

Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Porvoo. WSOY.

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012: 18. Akateeminen väitöskirja. Helsinki. Unigrafia.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Porvoo. WSOY.

Kananen, Jorma 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopaino.

Karila, Kirsti – Nummenmaa, Anna-Raija 2001. Matkalla moniammatillisuuteen. Kuvauskohteena päiväkotia. Helsinki. WSOY.

Kauppila, Reijo, A. 2012 Ikäihmisen osa. Raportti ikäihmisen syrjinnästä ja huonosta hoidosta Suomessa. Mediapinta.

Ketola-Kinnula, Tanja 2013. Ikääntyvän hampaiden säästäminen ei aina kannata. Suomen hammaslääkärilehti, tiedeuutiset:18. 1/2013.

Komulainen, Kaija 2013. Suun terveyden edistäminen kotona asuvilla iäkkäillä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Konttila, Katri 2011. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden suun terveys. Opinnäytetyö. Kemi. Sosiaali- ja terveysala.

Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Julkaistu 26.6.2013. Luettu 16.7.2013 osoitteessa http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=1

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Julkaistu 31.08.2012. Luettu 21.11.2012 osoitteessa <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito>

Kotihoito. Julkaistu 1.7.2013. Luettu 9.8.2013 osoitteessa <http://www.hel.fi/kotihoito>.

Krause, Kaija - Kiikkala, Irma 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere. Tammerpaino Oy.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras). Julkaistu 6.6.2012. Luettu 23.7.2013 osoitteessa http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus/paras

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Lauhio, Anneli - Richardson, Riina - Lindqvist, Christian - Valtonen, Ville. Suuinfektiofokuksena. Suomen lääkäri-lehti. 2007. 62 (5): 401 - 407.

Laitinen, Heli 2011. Asiakkaiden kokemuksia moniammatillisesta kotihoidon palvelusta. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Leppänen, Pirkko 2005. Moniammatillista hoitoa kotona - Tutkimus kotihoidon organisoitavista, osaamisen tarpeista ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.

Metsämuuronen, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viro. Jaabes Oy.

Meurman, Jukka 2007. Suuinfektio ja vanhuus. Suun terveydeksi-lehti. 1:23.

Meurman, Jukka – Murtomaa, Heikki – Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki 2003. Therapia Odontologica hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki. Academica-Kustannus Oy.

Mieg, Harald, A. 2001 The Social Psychology of Expertise: Case Studies in Research, Professional Domain, and Expert Roles Mahwah NJ: Erlbaum.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki. Gaudeamus. Painokaari Oy.

Mäkinen, Elisa - Kruus-Niemelä, Marja - Roivas, Marianne 2009. Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki. Yliopistopaino.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna 2005. Ajoissa apua avohuollosta. Selvitys dementoituvan ihmisen oikeusturvan toteutumisesta kotihoidossa. Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja raportti 2/2005. Alzheimer-keskusliitto.

Noppi, Eija – Koistinen, Paula 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere. Tammerpaino.

Niemelä, Anna-Liisa 2006. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kasvatustieteenlaitos, Käyttäytymistieteellinen tiedekunta.

Niiranen, Vuokko – Seppänen-Järvelä, Riitta – Sinkkonen, Merja – Vartiainen, Pirkko 2010. Johtaminen sosiaalialalla. Helsinki. Gaudeamus.

Näslindh-Ylispangar, Anita 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Porvoo. Bookwell Oy.

Ohjausryhmän muistio: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki. WSOY Pro Oy.

Palvelusetelien käyttö kunnissa STM. Julkaistu 2007. Luettu 23.7.2013 sivulta http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1064619#fi

Pirilä, Ritva 2002. Laitoshoidossa olevien vanhusten suunhoito. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta.

Päivärinta, Eeva 2008. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto.

Rekola, Leena – Isoherranen, Kaarina – Koponen, Leena 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö vol.3 (1).

Ruusuvuori, Johanna - Tiittula, Liisa 2009. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Seppänen-Järvelä, Riitta – Karjalainen, Varpu (toim.) 2007. kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski. Gummerrus kirjapaino Oy.

Sinkkonen, Sirkka – Tepponen, Merja – Paljärvi, Soili – Rissanen, Sari 2001. Kotihoidon sisältö ja tapaustutkimukset kotihoidon organisoinnista yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja.

Sirviö, Kaarina – Äijö, Marjo. Iäkkäiden ihmisten kokemuksia liikkuvasta suun terveydenhoitoyksiköstä. Gerontologia-lehti 27(1: 22-25), 2013.

Siukosaari, Päivi 2013. Condition of teeth and periodontium in the home-dwelling elderly: with special reference to level of education. Väitöskirjatutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto. Hammaslääketieteen laitos.

Soikkonen, Kari 1999. Radiographic oral findings and death risk in the elderly. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012 - 2015. Julkaistu 02.02.2012. Luettu 26.10.2012 osoitteessa [URL:<http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste>](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste)

Taskinen, Helena 2005 Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopiston julkaisuja E yhteiskuntatieteet 126. Kuopio. Kopijyvä.

Tenkanen, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Terveydenhuoltolaki 2010. Julkaisu 30.12.2010. Luettu 26.10.2012 osoitteessa [URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistu 2012. Luettu 16.7.2013 osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>

Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Julkaisu 23.03.2012. Luettu 26.10.2012 osoitteessa [URL:<http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/terveys2015>](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/terveys2015)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2012. Tilastot kuvina. Julkaistu 29.6.2012. Luettu 16.7.2013 osoitteessa http://www.julkari.fi/bistream/handle/10024/90754/Tr16_12pdf?sequence=3

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Livonia print.

Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010-2025. Valtion taloudellinen tutkimuslaitos. VATT Tutkimukset 154/2010. Julkaistu 2/2010. Luettu 18.7.2013 osoitteessa http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t154.pdf

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Julkaistu 28.12.2012. Luettu 16.7.2013 osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vehkalahti, Miira – Paalanen, Laura. Makeat välipalat elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2 / 2007 Helsinki: Kansanterveyslaitos, 37 - 43, 2007.

Tietokantahaut

Tietokantahaku	Hakusana	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella
Medic	"home care services"	441	2	7
Medic	"health services for the aged"	342	0	
Medic	"attitude to health" and "health services for the aged" and "oral health"	6	0	
Medic	aged and "oral health" and "home care services"	5	1	
Medic	"attitudes and nurse"	18	0	
Medic	"health personnel" and aged	70	0	
Metcat	kotihoidon ohjaaja and "suun terveys"	51	0	

Tietokantahaku	Hakusana	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella
Metcat	kotihoito and suunterveys	15	1	7
Metcat	suu and terveys	15	1	
Cinahl	"home care service" and "dental care" and aged. (Full text ja v. 2000-	29	0	

Tietokantahaku	Hakusana	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella
	2012)			
Cinahl	"oral hygiene" and nursing and "home patients"	33	0	
Cinahl	"attitudes of health" and "dental care" and nurse	2	0	
ScienceDirect	"home care services" and "nursing staff" and "oral health"	9	0	
Arto	kotihoito (rajattu vuodesta 2006)	45	0	
Tietokantahaku	Hakusana	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella
Linda	kotihoi? and suun?	44	1	7
Linda	moniammatillisuus and kotihoito	18	3	
Linda	moniammatillisuus and kotihoito and kehittäminen	7	4	
Linda	kotihoidon and kehittäminen	24	5	

Tutkimuksen saatekirje

Arvoisa vastaanottaja!

Olen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmasta. Opinnäytetyöni ohjaaja on Lehtori Marjatta Komulainen, (e-mail. marjatta.komulainen(a)metropolia.fi).

Opinnäytetyöni käsittelee kotihoidon asiakkaan suun terveydenhuoltoa moniammatillisena yhteistyönä. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajien mielipiteitä moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa uusia kehittämisideoita moniammatilliseen yhteistyöhön kotihoidon asiakkaan suun terveyden tueksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisena yhteistyö Suun terveydenhuollon kanssa toteutuu tällä hetkellä?
2. Mitkä tekijät vaikeuttavat kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä?
3. Mitkä tekijät edistäisivät tulevaisuudessa kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä?

Haastattelukysymykset ovat:

1. Näkyykö hoitosuunnitelmassa erityishuomiota suun terveystilanteesta?
2. Kirjataan suunhoito Pegasokseen?
3. Onko suunhoidon arviointiin tehdystä lomakkeesta ollut hyötyä kotihoidon työntekijöille?
4. Ovatko kotihoidon asiakkaat tarvittaessa päässeet hoitoon Suun terveydenhuoltoon?
5. Mihin kellonaikaan ja minä viikonpäivänä kotihoidon asiakkaan on helpointa tulla Suun terveydenhuoltoon?
6. Miten kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet käynnit Suun terveydenhuollon asiakkaana ja onko potilaan toivomukset ja odotukset huomioitu?
7. Onko kotihoidossa toimintatapoja, jotka koetaan haasteellisiksi suunterveydenhoidon toteutumisen kannalta?

8. Millaisia kokemuksia teillä on Metropolian suuhygienistiopiskelijoiden ”kenttäjaksoista”?
9. ”Muutosehdotuksia tai toiveita Suun terveydenhuollolle”

Taustakysymykset: haastateltavan ikä, koulutus, työskentelyvuodet kotihoidossa, kotihoidon alueen henkilökunnan määrä, kotihoidon alueen asiakkaiden määrä.

Tutkimusmenetelmät

Tarkoituksena on tehdä kvalitatiivinen haastattelututkimus Pohjois-Helsingin kotihoidon ohjaajille. Tarkoituksena on haastatella alueen kaikki 11 kotihoidon ohjaajaa. Haastattelut on tarkoituksena toteuttaa ryhmähaastatteluina, puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla, kotihoidon työpisteissä.

Tarkoituksena on haastatella kotihoidon ohjaajat n.neljän hengen ryhmissä.

Haastatteluaineisto litteroidaan ja analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen.

Aikataulu

Syky 2012: Ideavaihe, perehtyminen aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja keskeisiin tutkimuksiin, opinnäytetyön suunnitelma, tutkimuslupa.

Helmikuu 2013: Kotihoidon ohjaajien haastattelut kotihoidon työpisteissä.

Kevät 2013: Aineiston litterointi ja analysointi.

Kesä ja syky 2013: Opinnäytetyön kirjoitus.

Talvi 2014: Raportointi.

Eettiset kysymykset

Kotihoidon ohjaajien haastatteluihin tarvitsen tutkimusluvan terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinoitiryhmältä (TUTKA).

Suoritan haastattelut kotihoidon toimipisteissä. Haastattelun kesto on n. 60 min.

Nauhoitan haastattelut. Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä.

Hävitan ääninauhat ja kyselykaavakkeet tutkimuksen valmistuttua.

Kaikki haastattelutiedot ovat luottamuksellisia. Takaan haastateltaville nimettömyyden eettisten sääntöjen mukaan. Haastattelu on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää, jos siltä tuntuu.

Ystävällisin terveisin,

Suuhygienisti Marjaana Nissinen (marjaana.nissinen(a)hel.fi)

Paloheinän hammashoitola

Paloheinäntie 22

00670 HKI

Suunterveyden arviointilomake

Henkilötiedot (Nimi, soitu) _____

Laitos/ osasto _____

Hammasstatus (laita ruksi)

Ainoastaan omia hampaita		Omia hampaita ja osaproteesi		Omia hampaita ja osaproteesi toisessa leuassa, toinen leuka hampaaton ja kokoproteesi	
Hampaaton		Hampaaton, koko proteesi molemmissa leuoissa		Implantteja	

Suunhoitovälineet: _____

Tutkimus pvm						
Huulet						
Suun limakalvot, Ikenet						
Kieli						
Hampaat						
Proteesit						
Sylki						
Allekirjoitus						

	Oireen kuvaus ja asteikko		
	1	2	3
	Ei toimenpidettä, hyvä päivittäinen suunhoito	Tarvitsee tehostetun suunhoidon tai yhteys hammashoitolaan	Ota yhteys hammashoitolaan
Huulet	sileät, vaaleanpunaiset, kosteat	kuivat, rohtuneet, suupielihaavaumia	haavaiset, vertavuotavat
Suun limakalvot, Ikenet poista irroitettavat proteesit	vaaleanpunaiset, kosteat, ikenet kiinteät	Punoittavat, kuivat tai laikukkaat, irtoavia peitteitä, ienverenvuoto	limakalvovaurioita tai muutoksia, haavaumia
Kieli	vaaleanpunaiset, kosteat, nystyjä	sileä, punainen kuiva katteinen	vaurioita (vuotavia tai ilman verenvuotoa), haavaumia
Hampaat	puhtaat, ei näkyviä peitteitä (plakkia) eikä ruuantähteitä	peitteitä (plakkia) paikallisesti, rikkimäisiä hampaita	peitteitä (plakkia+hammaskiveä) yleisesti, rikkimäisiä hampaita
Proteesit	Puhtaat ja toimivat (istuvat hyvin)	peitteitä tai ruuantähteitä, huonosti toimivat	Rikkimäiset, ei käytössä
Sylki	hanskoitettu sormi liukuu kevyesti posken limakalvolla	liukuu hitaasti	ei liu ollenkaan

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat Pia Andersson Höskolan Kristianstad, 1994, rev sept 2000

Käännetty ja muokattu Helsingin kaupunki, Terveyskeskus, Suunterveydenhuolto.

Arviointilomakkeen tietojen kirjaaminen Pegasokseen

Arviointilomakkeen tiedot voidaan kirjata hoitokertomukseen FinCC luokituksen alle. Suun hoitoon liittyvät asiat löytyvät tarveluokasta: päivittäiset toiminnot ja vastaavasti myös toimintoluokituksesta päivittäiset toiminnot ja sieltä alaluokka suun hoito. (Virpi Aho)

Lomake tallennetaan vihreään kansioon
(kotihoitokansio)

Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Suostun ”kotihoiton ohjaajien mielipiteiden kartoitus moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa” teemahaastatteluun, joka toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulussa YAMK Sosiaali- ja terveysalan Johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön ohjaaja on lehtori Marjatta Komulainen, (marjatta.komulainen(a)metropolia.fi)

Suostun siihen, että haastatteluni nauhoitetaan. Haastatteluni tapahtuu työaikana, ryhmähaastatteluna ja kestää enintään yhden tunnin. Tutkimukseen osallistuminen on minulle vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu.

Haastattelussa saadut tiedot ovat luottamuksellisia ja tutkija käsittelee niitä niin, että anonymiteettini säilyy koko tutkimusprosessin ajan.

Osallistujaksi ilmoittaudutaan lähettämällä allekirjoitettu suostumuslomake tutkijalle.

Suostumuksia on 2 kpl (yksi kummallekin osapuolelle)

Helsingissä ____ / ____ 2013

tutkittavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Helsingissä ____ / ____ 2013

Kotihoidon ohjaajien mielipiteiden kartoitus moniammatillisesta yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa

Lomake on ajastettu: julkisuus päättyy 30.6.2013 16.00

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen liittyy, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Tätä kutsutaan face-validiteetiksi.

Kysymyksiä

Kotihoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillinen yhteistyö tällä hetkellä.

	täysin mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Kotihoidon asiakkaat ovat yleensä tyytyväisiä hammashoitolassa saamaansa hoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kotihoidon asiakkaat saavat yleensä hyvin aikoja hammashoitolaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Suun terveydenhuollon antamaa koulutusta kotihoidon suunhoidon koordinaattoreille pidetään tärkeänä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tekijät, jotka vaikeuttavat kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä.

	täysin mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
4. Lähihoitajan koulutus sisältää liian vähän tietoa suunterveydenhoidon alalta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kotihoidon työntekijän kiire on osaltaan synyn siihen, että hän ei voi auttaa kotihoidon asiakasta suun terveydenhoidossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kotihoidon työntekijän suun terveydenhoidon koulutuksen puute on osaltaan synyn siihen, että hän ei kirjaa kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoon liittyviä asioita suun terveyden arviointilomakkeeseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kotihoidon työntekijän kiire on usein syy siihen, että hän ei kirjaa asiakkaan suun terveyteen liittyviä asioita hoitosuunnitelmaan eikä Pegasokseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kotihoidon työntekijät arvostavat kotihoidon asiakkaan suunterveyttä, mutta kokevat ristipainetta pyrkiessään työskentelemään asiakaslähtöisesti. (Asiakkaan itsemääräämisoikeus.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Monisairaiden, huonosti liikkuvien potilaiden kuljetukset hammashoitolaan ovat suuri haaste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kotihoidon suunhoidon koordinaattorin asiantuntijuus suun terveydenhoidosta ei riitä muiden tiimin jäsenten kouluttamiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kotihoidon työntekijän työnkuva on niin laaja-alainen, että asiakkaan suun terveydenhoito saattaa kärsiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tekijät, jotka tulevaisuudessa edistäisivät kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoa moniammatillisena yhteistyönä.

	täysin mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
12. Kotihoidon asiakkaan on yleensä helpointa tulla suun terveydenhuollon asiakkaaksi klo 12-13 välillä, silloin myös tukipalvelujen työntekijä pääsee häntä helpoiten saattamaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Liikkuva suunhoitoyksikkö, joka tulisi kotihoidon asiakkaan luo, auttaisi suuresti huonosti liikkuvan kotihoidon asiakkaan pääsyä hammashoittoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hammaslääkärin tai suuhygienistin kotikäynnit tarvittaessa, huonosti liikkuvan kotihoidon asiakkaan luona, lisäävät kotihoidon asiakkaan suunterveyttä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Metropolian suuhygienistiopiskelijoiden säännölliset kenttäjaksot kotihoidossa edistävät kotihoidon asiakkaan suun terveyttä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Suun terveydenhoidon koulutus kaikille kotihoidon työntekijöille on parempi kuin koulutus ainoastaan suunhoidon koordinaattoreille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Uuden kotihoidon asiakkaan tulisi saada hammaslääkärin tekemä suun terveystarkastus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tietojen lähetykset

Tallenna

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
	fr (%)	fr (%)	fr (%)	fr (%)	fr (%)
1. Kotihoidon asiakkaat ovat yleensä tyytyväisiä hammashoitolassa saamaansa hoitoon. (n=6)		4 (66,7)	2 (33,3)		
2. Kotihoidon asiakkaat saavat yleensä hyvin aikoja hammashoitolaan. (n=6)	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)		
3. Suun terveydenhuollon antamaa koulutusta kotihoidon suunhoidon koordinaattoreille pidetään tärkeänä. (n=5)	3(60,0)	2 (40,0)			
4. Lähihoitajan koulutus sisältää liian vähän tietoa suun terveydenhoidon alalta. (n=6)	1 (16,7)	3(50,0)	2 (33,3)		
5. Kotihoidon työntekijän kiire on osaltaan syynä siihen, että hän ei voi auttaa kotihoidon asiakasta suun terveydenhoidossa. (n=6)	1 (16,7)	3 (50,0)		2 (33,3)	
6. Kotihoidon työntekijän suun terveydenhoidon koulutuksen puute on osaltaan syynä siihen, että hän ei kirjaa kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoitoon liittyviä asioita suun terveyden arviointilomakkeeseen. (n=6)		2(33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	
7. Kotihoidon työntekijän kiire on usein syy siihen, että hän ei kirjaa asiakkaan suun terveyteen liittyviä asioita hoitosuunnitelmaan eikä Pegasokseen. (n=6)		2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
8. Kotihoidon työntekijät arvostavat kotihoidon asiakkaan suunterveyttä, mutta kokevat ristipainetta pyrkiessään työskentelemään asiakaslähtöisesti. (Asiakkaan itsemääräämisoikeus) (n=6)		3 (50,0)	3 (50,0)		
9. Monisairaiden, huonosti liikkuvien potilaiden kuljetukset hammashoitolaan ovat suuri haaste. (n=6)	5 (83,3)	1 (16,7)			
10. Kotihoidon suuhoidon koordinaattorin asiantuntijuus suun terveydenhoidosta ei riitä muiden tiimin jäsenten kouluttamiseen. (n=6)	3 (50,0)		2 (33,3)	1 (16,7)	
11. Kotihoidon työntekijän työnkuva on niin laaja-alainen, että asiakkaan suun terveydenhoito saattaa kärsiä. (n=6)	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)		
12. Kotihoidon asiakkaan on yleensä helppoa tulla suun terveydenhuollon asiakkaaksi klo 12-13 välillä, silloin myös tukipalvelujen työntekijä pääsee häntä helpoiten saattamaan. (n=6).	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)		

13. Liikkuva suunhoitoyksikkö, joka tulisi kotihoidon asiakkaan luo, auttaisi suuresti huonosti liikkuvan kotihoidon asiakkaan pääsyä hammashoittoon. (n=6).	6(100)				
14. Hammaslääkärin tai suuhygienistin kotikäynnit tarvittaessa, huonosti liikkuvan kotihoidon asiakkaan luona, lisäävät kotihoidon asiakkaan suunterveyttä. (n=6)	6 (100)				
15. Metropolian suuhygienistiopiskelijoiden säännölliset kenttäjaksot kotihoidossa edistävät kotihoidon asiakkaan suun terveyttä. (n=6)	6 (100)				
16. Suun terveydenhoidon koulutus kaikille kotihoidon työntekijöille on parempi kuin koulutus ainoastaan suunhoidon koordinaattorille. (n=6)	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)		
17. Uuden kotihoidon asiakkaan tulisi saada hammaslääkärin tekemä suun terveystarkastus. (n=6)	2 (33,3)	4 (66,7)			