

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2010

Katri Malmberg

KOTIUTUSPROSESSIN KEHITTÄMINEN

– Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala | Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

6.4.2010 | Sivumäärä 58

Ohjaajat: Ritva Laaksonen-Heikkilä, Vappu Syrjälä

Katri Malmberg

KOTIUTUSPROSESSIN KEHITTÄMINEN – Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin

Tässä kehittämishankkeessa keskityttiin Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hoito- ja hoivapalvelujen kotihoitoyksikön kotiutuskäytäntöjen kehittämiseen, koskien erikoissairaanhoidosta kotiutuvien asiakkaiden kotiutumista kotiin. Kotihoidon yksiköissä on havaittu ajoittain ongelmia kotiutumiseen liittyvissä käytännön ja hoidollisissa asioissa, kuten tiedonkulussa.

Tämä kehittämishanke on osa Saumatonta-hanketta, jossa taustalla ovat terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamiseen kohdistuvat ajankohtaiset haasteet. Niitä ovat muun muassa moniammatillisen yhteistyön vaatimukset, kehittyvät ja muuttuvat ammattikuvat, terveysteknologian kehittyminen ja alueella käynnissä oleva saumattomien hoito- ja palveluketjujen kehittäminen. Saumatonta hankkeessa mukana ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta 4 terveyskeskusta, Turun ammattikorkeakoulu ja Yrkeshögskolan Sydväst, Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta sekä Turun yliopistollisen sairaalan yleislääketieteen yksikkö että Hoitoreitit-hanke.

Kehittämishankkeessa tehtiin kotihoidosta ilmenneen tarpeen vuoksi erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvan asiakkaan kotiutusprosessin kuvaus sekä kotihoitoon kirjallinen esite, joka liitetään Hoitoreitit sivustolle. Kehittämishanke toteutettiin työyhteisöstä kootun projektiryhmän toimesta. Kehittämishankkeessa kotihoidon sairaanhoitajia haastatteleamalla selvitettiin heidän toimenkuvaa liittyen asiakkaiden kotiutuksiin ja kehittämistarpeisiin, joita kotiutumisen onnistuminen vaatii. Niiden avulla muokattiin kotihoidon esitteestä ja prosessikuvauksesta kotiutuksia ohjaavia tekijöitä, jotka edesauttavat saumatonta tiedonkulkua ja onnistuneita kotiutuksia tulevaisuudessa ja jotka palvelevat koko kotiutumiseen liittyvää hoito- ja palveluketjua.

ASIASANAT: Kotihoito, Kotiutuminen, Kotiutusprosessi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Social Services and Health Care

Master of Health Care | MSc Advanced Nursing practice, Leadership

6.4.2010 | Total number of pages 58

Instructors: Ritva Laaksonen-Heikkilä, Vappu Syrjälä

Katri Malmberg

DEVELOPMENT OF DEMOBILIZATION PROCESS OF HOME CARE - Customer integration from specialized health care into Raisio-Rusko home care

In this development project focused on the city of Raisio's social and health care and nursing services, home care unit patient discharge practices, regarding the special care home customers to muster out. Home-care units have been observed from time to time problems related to repatriation of practical and therapeutic issues, such as the flow of information.

This development project is part of the Seamless project which reflects the health-care professionals with knowledge on current challenges in relation to, inter alia, the demands of professional cooperation, developing and changing job profiles, the health area of technology development and ongoing management of seamless service chains and development. Seamless project involved in Southwestern Finland Hospital District, Area 4 Health Center, Turku University of Applied Sciences and Polytechnic Southwest, Medical Faculty of the University of Turku and the Turku University Hospital in general medicine unit of the Care Paths project.

The Development project management of the home care was taken to occur where appropriate, specialized health care home, muster your description of the repatriation process, as well as home care written out and will accompany the Care Paths to the site. Working community development project implemented by the project team assembled. Development of the project, interviewing home-care nurses explained their action in relation to describe customers' withdrawals and development needs, which calls for repatriation success. They enable the brochure was adapted for home care and process diagram withdrawals guiding factors that contribute to the seamless flow of information and successful withdrawals in the future and serving the entire repatriation of care and service chain.

KEYWORDS: Home care, Home discharge, Patient discharge, Demobilization Process

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN RAISION KAUPUNGISSA	6
2.1 Palvelustrategia Raisiossa	6
2.2 Hoito- ja hoivapalvelut tuoteryhmänä	8
3 KOTIHOITO	9
3.1 Raisio-Rusko kotihoito yksikkönä	9
3.2 Raision kaupungin linjaukset kotihoidolle vuoteen 2012 mennessä	12
4 SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN	13
4.1 Kotiutumisprosessi	15
4.2 Kotiutumisprosessissa esiin nousseita ongelmia	17
5 ONNISTUNUTTA KOTIUTUMISTA TUKEVAT KOTIUTUSKÄYTÄNNÖT	19
5.1 Asiakkaaseen liittyvät tekijät	19
5.2 Hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät	20
5.3 Organisaatioon liittyvät tekijät	21
6 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET	22
7 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	24
7.1 Teemahaastattelu	26
7.2 Tutkimusongelmat	27
7.3 Aineiston keruu ja aineiston analyysi	28
7.4 Teemahaastattelujen tulokset	29
7.4.1 Hyvän kotiutumisen edellytykset	29
7.4.2. Kotiutuminen erikoissairaanhoidosta	33
7.4.3 Yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä	34
7.4.4 Kotihoidossa tarvittava ammattitaito	35
7.5 Johtopäätökset teemahaastatteluista	36
7.6 Projektiryhmän työskentely	39
8 KEHITTÄMISHANKKEEN TUOTOKSET	41
8.1 Prosessikuvaus	41
8.2 Kotihoidon esite	42
8.3 Kehittämisideat	43
9 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI	44
LÄHTEET	48

KUVIOT

Kuvio 1. Raision kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen organisaatio.	7
Kuvio 2. Projektiryhmän työkokousaikataulu	40

TAULUKOT

Taulukko 1. Kotihoidon asiakastilasto 2009	11
Taulukko 2. Raisio-Rusko kotihoidon kotiutusprosessin kehittämishankkeen työ- ja aikataulusuunnitelma	25
Taulukko 3. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Hoitohenkilökunta	30
Taulukko 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Organisaatio	31
Taulukko 5. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Asiakas	32

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Liite 2. Erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvan asiakkaan prosessi

Liite 3. Kotihoidon esite

1 Johdanto

Asiakkaan hyvän sairaalasta kotiutumisen ja sitä seuraavan onnistuneen kotihoidon edellytyksenä on hoito- ja palveluverkoston saumaton yhteistyö sekä viiveetön tiedon kulku. Vaikka suurin osa asiakkaiden kotiutumisista sujuu onnistuneesti, on sairaalan ja kotihoidon yhteistyössä ja tiedonkulussa puutteita, jotka vaikeuttavat asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä aiheuttavat turhaa työtä hoitohenkilökunnalle. Kotiutumisprosessin kuvaaminen on tarpeellista, jotta kaikki hoitoon osallistujat voivat olla asettamassa yhteisiä asiakaslähtöisiä tavoitteita koko prosessille. Samalla varmistetaan tiedon esteetön ja viiveetön kulku toimijaverkossa. (Perälä & Hammar 2003, 5.)

Raisio-Rusko kotihoito on jatkuvasti asiakasmäärältään kasvava ja henkilöstöltään kehittyvä yksikkö, jossa hoidetaan kaikenikäisiä asiakkaita heidän kodeissaan. Kotihoidon yhtenä lisääntyvänä asiakasryhmänä ovat erikoissairaanhoidosta tulevat asiakkaat, jotka tarvitsevat kotihoidon palveluja tullessaan kotiin sairaalasta. Kotihoidossa on havaittu ajoittain ongelmia kotiutumiseen liittyvissä käytännön ja hoidollisissa asioissa, jonka vuoksi asiakkaan kotiutuminen ja sen käytäntöjen yhtenäistäminen vaatii selvittelyä ja kehittämistä. Kotiutusprosessi, joka koskee erikoissairaanhoidosta kotiutuvia asiakkaita, tarvitsee prosessikuvausta Raisio-Rusko kotihoidossa. Tässä opinnäytetyössä kuvataan millaisia edellytyksiä ja osaamista tarvitaan kotihoidossa, jossa hoidetaan yhä vaikeammin hoidettavia monisairaita asiakkaita.

Raision kaupungin organisaatiota, strategiaa ja aikaisempia tutkimuksia sairaalasta kotiutumiseen liittyen selvennetään tässä opinnäytetyössä, koska ne liittyvät Raisio-Rusko kotihoidon ja kotiutuksien kehittämiseen oleellisesti. Sairaala-
sta kotiutumista käsitellään pääasiassa sairaanhoitajan/terveydenhoitajan näkökulmasta käsin, koska Raisio-Rusko kotihoidossa tiimien sairaanhoitajat/terveydenhoitajat ottavat vastaan ilmoitukset uusista tai jo kotihoitoa saaneista asiakkaista, jotka kotiutuvat sairaalasta.

2 Palvelujen järjestäminen Raision kaupungissa

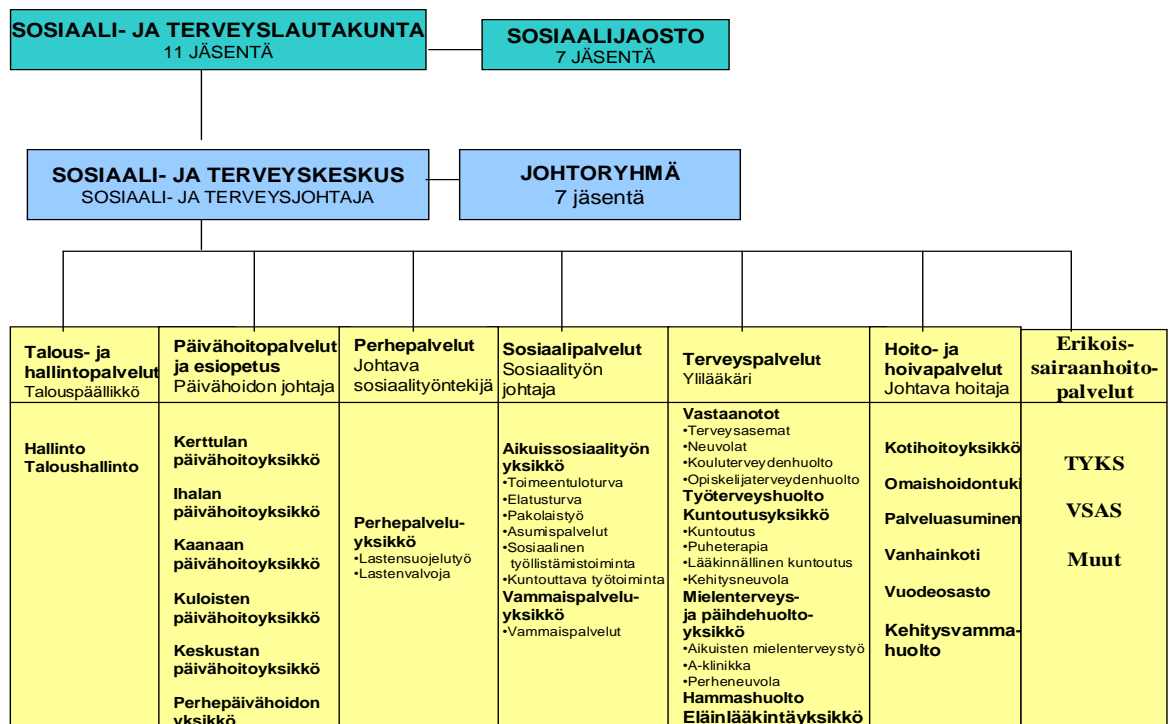
Raision kaupungin strategiaperusta vuosiksi 2009-2013 rakentuu kaupungin toiminta-ajatuksesta ja visiosta. Kaupunki tarjoaa asiantuntevia palveluja ja asiakkaiden tarpeisiin perustuvia ratkaisuja. Raision kaupungin toiminta-ajatuksena on, että Raision kaupunki edistää kuntalaisten hyvinvointia elämän eri vaiheissa ja luo elinkeinoelämälle hyvät toimintaedellytykset. Visio on luottamushenkilöiden, johdon ja henkilöstön yhteinen näkemys tavoittelemisen arvoisesta tulevaisuudesta. Se on muotoiltu seuraavasti: ”Raisio on aktiivisten ihmisten elävä ja väkevä kaupunki”. (Raision kaupungin strategia 2009-2013, 3.) Raision kaupunki ja Ruskon kunta sijaitsevat Turun kaupungin lähinaapureina Varsinais-Suomessa. Asukkaita Raisiossa on 31.12.2008 tilastojen mukaan 24 147 ja Ruskolla 5 800 henkilöä. Raisiossa yli 65-vuotiaita on noin 16 %. (Raisio lukuina 2010; Ruskon kunta 2010.)

2.1 Palvelustrategia Raisiossa

Raision kaupungissa noudatetaan Raision mallia, jossa tilaaja-tuottaja toimintatavassa valtuusto ja hallitus ovat tilaajia, lautakunnat tuottajia. Tärkein tilaajan ja tuottajan välinen asiakirja on talousarvio eli tilaus. Kustakin tuoteperheestä eli palvelusta on tehty tilaustaulukko, jossa on kerrottu tuoteperheen sisältämät tuotteet, tuotteiden vuosittainen määrä, yksikköhinta ja tuotteen laatutaso. Tilaa- ja määrittelee toiminnan suuret linjat. Apuna tässä ovat strategian lisäksi laadittavat pitemmän aikavälin ohjelmat, kuten hoito- ja hoivapalveluohjelma. Tuottajan vastualueena on järjestää talousarviossa tilatut palvelut mahdollisimman tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti sillä rahalla, jonka tilaaja on tarkoitusta varten myöntänyt. Tuottajan tehtävänä on myös jatkuvasti kehittää palvelutuotantoa. Uutta palvelutoimintaa tuottaja ei kuitenkaan saa aloittaa ilman tilaajan lupaa. (Raision mallin esite 2007, 2-3.)

Raision kaupungin hoito- ja hoivapalveluohjelman kannalta kaupungin strategiassa keskeisimpiä asioita ovat hyvän palvelutason säilyttäminen, menojen sopeuttaminen tuloihin, investointien määrän tasapainottaminen tulorahoituksen kanssa ja tehokas sekä vaikuttava toiminta. (Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma 2007, 4.) Kuviossa 1. on selvennetty Raision kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen organisaatiota. Kuvioista nähdään miten eri sosiaali- ja terveysterveyspalvelut on jaoteltu. Kotihoitoyksikkö on hoito- ja hoivapalvelujen yksi yksikkö. (Raision kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen organisaatio.) Väestökehitykseen liittyvät piirteet vaikuttavat suoraan Raision kaupungin vastuulla olevien palvelujen sisältöön ja mitoittamiseen. Väestön ikääntyminen muuttaa ja osin kasvattaa palvelutarpeita. (Raision kaupungin strategia 2005-2009, 3.)

RAISION KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUKSEN ORGANISAATIO



Kuvio 1. Raision kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen organisaatio

2.2 Hoito- ja hoivapalvelut tuoteryhmänä

Hoito- ja hoivapalvelujen tuottaja on Raision kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta. Hoito- ja hoivapalvelut sisältää ikäihmisten ja muiden kyseenomaista palvelua tarvitsevien palvelut. Palvelumuotoja ovat ennaltaehkäisevä työ, kotihoito, omaishoidon tuki, päiväkeskustoiminta, tehostettu palveluasuminen, vuodeosastohoito, tukipalvelut, kehitysvammahuolto, pitkäaikainen peruslaitoshoido sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Toimipaikkoina ovat kotihoito, vanhainkoti, terveyskeskuksen vuodeosasto, tehostetut palvelutalot sekä päiväkeskus. Tehostettua palvelutalohoidoa ostetaan jonkin verran yksityisiltä palvelun tuottajilta ja erikoissairaanhoido ostetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. (Raision kaupungin palvelustrategia 2004, 17-18; Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma 2007, 3.)

Hoito- ja hoivapalveluissa ovat tavoitteena moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen ja sujuvat hoitoketjut. Moniammatillisuus toteutuu moniammatillisen työryhmän (SAS) toimesta, jonka tehtävänä on selvittää, arvioida ja tehdä sijoituspäätöksiä asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja toimintakyvyn mukaan. Prosessikuvauksien avulla selkeytetään palveluprosesseja ja karsitaan turhia työvaiheita. Näillä pyritään sovittamaan eri palveluprosessit saumattomasti yhteen. (Raision kaupungin palvelustrategia 2004, 17-18.)

Hoito- ja hoivapalvelujen toimintaa kuvaavana mittarina käytetään RAVA-mittaria, jota voidaan käyttää sekä avo- että laitoshoidossa. Sen avulla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja sitä kautta palvelun tarvetta. Indeksien arvo vaihtelee välillä 1,29-4,03, asiakkaan toimintakyky alenee ja palvelujen tarve nousee indeksien arvon nousun myötä. Indeksien avulla voidaan tilaajan näkökulmasta varmistaa, että palvelujen intensiteetti eli määrä ja kustannus ovat oikein kohdentuneet. RAVA-indeksien jakauman kokonaiskuva näyttää ovatko tietyn RAVA-luvun asiakkaat oikeanlaisessa hoidossa. (Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma 2007, 7.)

3 Kotihoito

Kotihoito perustuu kansanterveyslakiin (67/1972) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983). Kotisairaanhoidon tarkoittaa kansanterveyslain (67/1972) mukaan terveyskeskuslääkärin, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamaa hoitoa ja palveluja henkilöille, jotka kykenevät sairauksistaan huolimatta asumaan kotona. Kotihoitoon kuuluu kotisairaanhoidon ja kotipalvelun. Kotipalvelun tavoitteena on auttaa vammaisia, vanhuksia ja pitkäaikaissairaita selviytymään jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa heidän omissa kodeissaan.

Raision kaupungissa kuuluvat kotisairaanhoidon ja kotipalvelun samaan organisaatioon ja niitä kutsutaan kotihoidoksi. Vuoden 2009 alusta Raision sosiaali- ja terveystalot ovat isäntäkuntana Ruskon kunnalle, jolloin kotihoitoon tuli uudeksi yksiköksi Ruskon tiimi. Raisio-Rusko kotihoidossa pyritään turvaamaan vanhus- ja pitkäaikaissairaiden mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Työtapana on kuntouttava asiakasohjaus, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja tukea asiakkaan omaa toimintakykyä. Kotihoito toimii koko vuorokauden ajan avun tarpeesta riippuen. (Raision kaupunki 2009.)

3.1 Raisio-Rusko kotihoito yksikkönä

Raisio-Rusko kotihoito on jaettu kuuteen tiimiin; Etelä, Itä, Keskusta, Länsi, Pohjoinen ja Rusko. Myös Hulvelan palvelukeskuksessa on oma kotihoidoyksikkö. Jokaisella tiimillä on oma vastaava sairaanhoitaja/terveydenhoitaja ja asiakaslukuun suhteutettu määrä perus/lähihoitajia ja kodinhoitajia. Tulosityksikköjohtajana on osastonhoitaja. Hoito- ja hoivapalvelujen johtajana on tulosaluejohtaja eli johtava hoitaja, jolla on toiminnallinen ja taloudellinen kokonaisvastuu. Kotihoito yksikköön kuuluu myös omaishoidontukiasioita ja muistihäiriöpotilaita hoitava sairaanhoitaja/terveydenhoitaja sekä ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä

tekevä sairaanhoitaja. Koko hoito- ja hoivapalvelujen tulosalueella toimii yhteinen SAS-hoitaja. (Raision hoito- ja hoivapalveluiden tulosalue 2009.)

Raisio-Rusko kotihoidossa työskentelee esimiehinä yksi osastonhoitaja ja yksi apulaisosastonhoitaja, tiimisairaanhoitajia on 6 ja kaksi sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa toimii omaishoidon tuen asiantuntijoina, ennaltaehkäisevien käyntejä tekevinä hoitajina ja muistihoitajana. Henkilökuntaan kuuluu 32 perus- tai lähihoitajaa, 15 kodinhoitajaa ja 1 kotiavustaja. Sairaanhoitajat/terveydenhoitajat työskentelevät aamuvuoroissa arkipäivinä. Perus-, lähi- ja kodinhoitajat tekevät kolmivuorotyötä, myös viikonloppuisin. Vuoden 2010 alusta viikonloppuaamuissa on 10 hoitajaa ja iltavuoroissa 6 hoitajaa, koska tehostettua kotihoitoa tarvitaan yhä enemmän. Arkena aamuvuoroissa on noin 30 hoitajaa työssä. Pääasiassa kotihoidossa työtä tehdään yksin, poikkeuksena asiakaspaikat, joissa hoidossa tarvitaan aina kaksi hoitajaa. Yövuorossa työskentelee kaksi hoitajaa, jotka muodostavat yöpartion. Yöpartio vastaa yöllisistä turvapuhelinhälytyksistä sekä kotihoidon yöhoitoa tarvitsevista asiakkaista Raision ja Ruskon alueilla.

Raisio-Rusko kotihoidosta tarjoaa tilapäistä tai säännöllistä kotihoitoa sekä niitä tukevia tukipalveluja. Tilapäistä kotihoitoa saa satunnaisesti ja harvemmin kuin kerran viikossa eikä asiakkaalle tehdä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Asiakas maksaa hoidosta asiakasmaksulain mukaisen käyntikorvauksen. Säännölliseksi kotihoito määritellään kun sen kesto on vähintään neljä viikkoa ja vähintään kerran viikossa toteutettavaa hoitoa ja palvelua. Säännöllisen kotihoidon hoitoisuusluokka määritellään palvelu- ja hoitosuunnitelmassa ja se jakautuu palvelun intensiteetin mukaan neljään eri luokkaan. Kotihoidon tilasto vuodelta 2009 ja hoitoisuusluokat on esitetty taulukossa 1. Kotihoidon asiakastilasto 2009. Tukipalveluja ovat ateriapalvelu, turvapuhelinpalvelu sekä suihkutusta kotona tai kodin ulkopuolella että siihen liittyvät kuljetukset. (Raision kaupungin palvelustrategia 2004, 112; Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma 2007, 22.)

Taulukko 1. Kotihoidon asiakastilasto 2009

Resurssitaulukko 31.12.2009 Raisio kotihoito			
Hoitomuoto	alle 75v	75v täyttäneet	yhteensä
	asiakkaat	asiakkaat	asiakkaat
- Luokka 1 (1-10 t/kk)	37	101	138
- Luokka 2 (11-25 t/kk)	13	74	87
- Luokka 3 (26-54 t/kk)	11	43	54
- Luokka 4 (55 t/kk->)	4	9	13
Hoitosuunnitelman piirissä yhteensä	65	227	292
	hoitopäivät	hoitopäivät	hoitopäivät
- ehkäisevä	4	7	11
- satunnainen	141	303	444
- pelkät tukipalvelut	85	431	516
Kotihoito yhteensä	295	968	1263

(Raision kaupunki 2010).

Verrattuna vuoteen 2008 kotihoidon piirissä oli 248 hoito- ja palvelusuunnitelma asiakasta, ehkäisevää kotihoitoa saivat 145 asiakasta, satunnaista kotihoitoa 388 asiakasta ja pelkkiä tukipalveluja 351 asiakasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakkaita oli luokassa 1 > 110, luokassa 2 > 74, luokassa 3 > 52 ja luokassa 4 > 12. Kotihoidon tarve on kasvanut niin asiakasmäärän kasvun myötä että satunnaisen että tukipalvelujen tarpeen kasvun myötä. Ennaltaehkäisevien käyntien määrää puolestaan on vähennetty.

Kotona tuotettuihin palveluihin sisältyy Raisio-Rusko kotihoidossa: terveydentilan seuranta ja arviointi (näytteiden otto, hoitotarviketarpeen arviointi, sairauden oireiden ja hoitotasapainon arviointi ja seuranta); sairaanhoidolliset toimenpiteet (haavahoidot, katetroinnit, ompeleiden poistot); lääkehoito (lääkkeiden annostelu, lääkehoidon vaikutusten seuranta, lääkehoidon ohjaus ja neuvonta sekä reseptipalvelu); hoito- ja hoivatoimenpiteet (ihonhoito, päivittäisissä toiminnoissa kuten ravitsemuksessa, hygieniassa ja liikunnassa avustaminen, sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen); turvallisuudesta huolehtiminen (turvapuהלinpalvelut, kotiympäristön riskitekijöiden minimointi). (Raision ikäihmisten palveluopas 2008, 4.)

Tiimin sairaanhoitaja/terveydenhoitaja arvioi asiakkaan kotihoidon tarpeen arviointikäynnillä. Kotihoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään asiakkaan omat voimavarat ja toimintakyky, joiden perusteella arvioidaan hoidon- ja palveluntarve. Asiakkaan kanssa laaditaan yhdessä palvelu- ja hoitosuunnitelma, jos hoidon- ja palveluntarve arvioidaan säännölliseksi, pitkäkestoiseksi ja se on vähintään kerran viikossa tapahtuvaa. Kotikäynnin yhteydessä arvioidaan myös kotona selviytymistä tukevien toimintojen tarve kuten ateriapalvelu, turvapuhelin, suihkutus, päivätoiminta ja intervallijaksot. Apuvälinetarpeiden arvioinneissa tehdään yhteistyötä kuntoutuksen kanssa. Hoidon- ja palveluntarvetta arvioidaan jatkuvasti ja suunnitelmaan tehdään muutoksia tarvittaessa ja arvioidaan myös pysyväishoitopaikan tarvetta. Kotihoidon SAS-hoitaja tekee kotikäynnin uutta sijoituspaikkaa arvioitaessa. SAS-hoitajan kotikäynnin yhteydessä kartoitetaan laajasti asiakkaan toimintakykyä erilaisilla testeillä. Uudesta sijoituspaikasta tekee päätöksen moniammatillinen SAS-työryhmä. (Raision kaupunki 2009.)

Kotihoidon alueellinen lääkäri hoitaa säännöllistä kotihoitoa saavat asiakkaat. Lääkäri tekee tarvittaessa myös kotikäyntejä tiimin sairaanhoitajan/terveydenhoitajan kanssa. Kotikäyntitarpeen arvioi kotihoidon sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Tilapäistä kotihoitoa tai tukipalveluita saavalla asiakkaalla on nimetty omalääkäri terveysasemalla. (Raision kaupunki 2009.)

3.2 Raision kaupungin linjaukset kotihoidolle vuoteen 2012 mennessä

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2008:3) linjauksissa valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin. Tämän lisäksi valtakunnallisena tavoitteena on, että tästä ikäluokasta 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa. Raision kaupungin linjauksissa säännöllisen kotihoidon kattavuus säilytetään suosituksen tasolla. Koti-

hoidon kykyyn vastaanottaa nopeasti asiakkaat ja hoitaa heidät kotona mahdollisimman pitkään varaudutaan kotihoidon riittävällä henkilöstöllä sekä riittävällä apuvälinevalikoimalla. Ilta- ja yöaikaista palvelua lisätään tarpeen mukaisesti. (Raision kaupunki 2008, 11.)

Hoito- ja hoivapalveluissa kehityslinjaukset perustuvat laskentamalleihin, joissa on laskettu nykyisen palvelurakenteen mukainen tarve vuoteen 2015 asti ikärakenteen muutoksen pohjalta. Laskentamallin perusteella jatkossa painotetaan omaishoitoa, kotihoitoa ja palvelutaloasumista sekä laitoshoitopaikkojen suhteellista osuutta vähennetään. (Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma 2007, 16.) Kotisairaalan perustamisesta on keskusteltu, koska se tukisi kotona- ja palvelutaloasumista. Kotisairaalan tavoitteena on korvata vuodeosastohoitojakso, lyhentää hoitoaikoja vuodeosastolla tai antaa tiettyjä toistuvia erikoishoitoja kotona. Lisäksi kotisairaalan tavoitteena on estää sellaisten potilaiden siirto sairaalaan, joilla on joko pitkäaikaishoitopaikka vanhainkodissa tai palvelutalossa ja antaa heille lyhytkestoinen erikoissairaanhoido kyseenomaisessa yksikössä.

4 Sairaalasta kotiutuminen

Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet ja kotona asumisen mahdollistuminen on nostettu tavoitteeksi Raision sosiaali- ja terveystoimessa. Nämä tavoitteet ja haasteet luovat paineita kotiutumisten sujuvuuden parantamiseksi ja hoitotyön osaamiseksi. Yleisesti kotiin annettaviin sosiaali- ja terveystaloihin liittyviä haasteita 2000-luvulla ovat ikääntyvien määrän nopea kasvu sekä entistä vaikeahoituisemmat kotona asuvat asiakkaat (Hägg ym. 2007, 14).

Edellä mainittujen haasteiden vuoksi, asiakkaan kotiutumisprosessiin vaikuttaa hoitajan hoitotyön osaaminen (Hägg ym. 2007, 14). Hoitotyössä ydinosaaminen perustuu tietoon ihmisen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista ja niiden ongelmista. Kotihoidossa hoitajalta tarvitaan kykyä määritellä asiakkaan voimavaroja sekä nähdä mahdollisia ongelmia hoitotyön näkökulmasta. Kotihoidossa hoitajalla tulee olla kyky tehdä päätöksiä hoitotyön tavoitteista ja auttamismenetelmistä asiakkaan kohdalla sekä arvioida asiakkaan mahdollisuus itse osallistua hoitoonsa. Kotihoidossa hoitajan tulee suunnitella ja tehdä toimenpiteitä yksin, mutta tulee myös toimia tiimissä muiden ammattiryhmien kanssa. Hoitajalta edellytetään taitoa arvioida ja seurata hoidon ja ohjauksen vaikutusta asiakkaan vointiin, terveydentilaan ja selviytymiseen. (Lauri 2007, 100-101.)

Kotihoidon asiakkaat ovat tulevaisuudessa kaikenikäisiä ja entistä vaikeahoitosempia, jolloin kotihoidon työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen kohdistuu lisääntyvästi haasteita (Larmi ym. 2005, 23). Asiakaskunta monimuotoistuu maahanmuuton seurauksena, mikä lisää tarvetta tuntea muita kulttuureita ja kykyä eettiseen päätöksentekoon näiden asiakkaiden kohdalla (Grönroos ym. 2006, 9). Kotihoidossa asiakkaan kanssa tehtävä työ on keskeisin ja olennaisin osa kotihoidon työstä. Sen onnistuminen edellyttää hyvin suoritettua valmistelutyötä, joka sisältää asiakasasioiden hoitamista toimistolla, hoitotiimin työsuunnittelua, organisoimista ja johtamista. (Larmi ym. 2005, 23.)

Henkilöstön taito-, tieto- ja valmiustaso ovat yhteydessä asiakkaiden saamien palveluiden laatuun. Työelämä asettaa henkilöstölle työn tekemiseen ja kehittämiseen liittyviä osaamisvaatimuksia, joihin ammattitaitoinen henkilöstö vastaa hankkimallaan kompetenssilla. (Grönroos & Perälä 2006, 484.) Käsite kompetenssi on moniulotteinen ja dynaaminen (Meretoja 2003, 15). Suomen kielessä sen synonyyminä on käytetty myös nimitystä osaaminen. Käsitteisiin osaaminen ja kompetenssi liitetään tiedollinen, taidollinen ja kehityksellinen ulottuvuus. Tiedollinen ulottuvuus viittaa tietosisältöjen hallintaan, taidollinen kykyyn toimia tietyllä tavalla ja kehityksellinen kykyyn kehittyä työssä eli hankkia uusia tietoja ja taitoja. Taito tai kyky suoriutua tehtävistä tai työn asettamista vaatimuksista

sisältää työstä suoriutumiseen tarvittavat valmiudet ja asenteet. Taitoon liittyvät aina tieto ja ymmärrys, joiden avulla tietoa sovelletaan. (Grönroos & Perälä 2006, 484-485.)

Käytännössä kotihoidon henkilöstön tulee pystyä toiminaan asiakkaan hoidon ja palveluiden koordinaattorina ja pitää yhteyttä asiakkaan kotihoitoon osallistuviin virallisiin ja epävirallisiin toimijoihin (Grönroos ym. 2006, 9). Työssä edellytetään lisäksi terveydenhuoltojärjestelmän tuntemusta ja lähiammattien ymmärtämistä sekä työelämän pelisääntöjen tuntemista (Jahren Kristofferssen ym. 2006, 18).

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä ”Tie hyvään vanhuuteen” nostetaan tavoitteeksi henkilön mahdollisuus omatoimiseen, itsenäiseen ja turvalliseen kotona asumiseen mahdollisimman pitkään. Hoito- ja hoivaprosessit tulisi suunnitella ja toteuttaa työotteella, jonka ydin on asiakaslähtöisyys. Vastuu palveluprosessien toimivuudesta ja asiakkaan kannalta saumattomasta siirtymisestä hoito- tai hoivapaikasta toiseen on palvelujen järjestäjällä. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityispalvelujen välillä. Potilaan hoito- ja palveluketjujen hallitseminen on muuttunut yhä tärkeämmäksi. (Lehto 2007, 13-20.)

Saumaton hoitoketju edellyttää saumatonta ja ajantasaista tiedonkulkua ja yhteisiä arviointimenetelmiä. Tämä on erityisen vaativaa silloin, kun hoitoketju muodostuu eri organisaatioiden ja yksikköjen antamasta hoidosta ja palvelusta. Tulevaisuudessa tietotekniikan hyödyntäminen tuo enemmän uusia mahdollisuuksia tiedonvälittämiseen, juuri sairaalan ja kotihoidon välille. (Paasivaara ym. 2003, 119; Hägg ym. 2007, 48.)

4.1 Kotiutumisprosessi

Kotiutusprosessin tulisi olla tavoitteiden mukaan sujuvaa, saumatonta ja oikea-aikaista. Sairaalaan tulovaiheessa tulisi tunnistaa ne potilaat, joiden kotiutumi-

nen sairaalahoidon jälkeen on haasteellista ja joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona selviytymisessä (Styrborn 1995, 284; Koponen 2003, 110; Salomaa 2004, 10). Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Prosessissa korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Männistö 1998, 19; Rauhasalo 2003, 31.) Kotiutumisprosessiin kuuluu potilaan kotiutumisvalmiuden arvioiminen, kotiutumispäätöksen tekeminen ja kotiutumisen organisoiminen (Gardner ym. 2002, 7). Päätös potilaan kotiuttamisesta tulee tehdä aina yhdessä potilaan kanssa riittävän ajoissa. Tarvittaessa omaiset ja kotihoidon henkilöstö on otettava mukaan päätöksentekoon (Rantasalo 2007, 53). Kotiutumisen päätöksentekoon liittyy paljon työtä monialaista osaamista edustavien ammattihenkilöiden välillä (Perälä ym. 2003, 59).

Kotiutumisen tukemisen edellytyksenä on potilaan toimintakyvyn, voimavarojen ja mahdollisesti eri vaihtoehtojen huolellinen arviointi. Kotiutumista valmisteleva henkilö tarvitsee laaja-alaisesti tietoa potilaan elämästä. Kotiutumista varten tehdään suunnitelma, jossa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisajankohta, ennen kotiutumista tarvittava ohjaus, mahdolliset apuvälineet ja kodin muutostyöt sekä kotona tarvittavat palvelut. (Autio 1996, 5-8; Ahonen ym. 2002, 128–130; Rauhasalo 2003, 35–36.) Moniammatillinen työryhmä on merkityksellinen potilaan tehokkaan kotiutumissuunnitelman laatimisessa, kotiutumista valmistelevan henkilön tukena (Karpainen 1997, 54; Männistö 1998, 73; Pahikainen 2000, 5; Atwal 2002, 458; Roberts 2002, 418).

Kotihoidon henkilöstön on saatava tieto potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Sanallisen tiedon lisäksi kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaavalle hoitajalle kotihoitoon, on hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden kannalta tärkeää. Kotiutumispalavereita pidetään tärkeinä. (Styrborn 1995, 284; Pöyry 1999, 20; Pahikainen 2000, 70–71; Gardner ym. 2002, 14; Rantasalo 2007, 54.) Potilaan kotiuduttua hänen tilannettaan ja kotiutumisen onnistumista tulee seurata tiiviisti kotihoidosta käsin. Erilaisilla sairaalasta järjestetyillä tukipalveluilla on myönteisiä vaikutuksia potilaan kotona selviytymiseen. Potilaaseen voidaan ottaa yhteys puhelimitse tai tehdä seurantakäynti potilaan luokse.

Lupa palata tarvittaessa sairaalaan lisää kotiutumisen onnistumista. (Pöyry 1999, 10; Gardner ym. 2002, 19.)

Asiakkaita tulee kotihoidon piiriin entistä useammin suoraan erikoissairaanhoidon sairaaloista. Raision kaupunki ja Ruskon kunta kuuluvat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSH). Turun yliopistolliseen keskussairaalaan (TYKS) kuuluvat Turussa sijaitsevat Kantasairaala ja Kirurginen sairaala, Paimion sairaala, Raision sairaala sekä Vakka-suomen sairaala. Sairaanhoitopiirin psykiatrisen sairaala Uudessakaupungissa palvelee Raision ja Ruskon asukkaita. Sairaanhoitopiirillä on lisäksi kolme palveluyksikköä: laboratorioliikelaitos Tykslab, Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus ja VSSH:n psykiatrian tulosalue. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.) Kotiutumisprosessiajattelua tulisi käyttää jokaisessa kotiutumisessa riippumatta kotiuttavasta yksiköstä, jotta saavutetaan saumattomat hoitoketjut. Saumattomuudella tarkoitetaan asiakkaan kotiutumista ja kotihoitoa, jossa asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitovastuun luovuttajan ja vastaanottajan palvelut limittyvät saumattomaksi kokonaisuudeksi. (Grönroos ym. 2006, 13.)

4.2 Kotiutumisprosessissa esiin nousseita ongelmia

Tutkimuksissa esiintyviä kotiutumisprosessiin liittyviä ongelmia on ollut erityisesti tiedonkulussa ja hoidon jatkuvuudessa potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen sekä sairaalan sisällä (Anthony & Hudson-Barr 1998, 48-55; Atwal 2002, 450-458; Koponen 2003, 26). Erityisesti sairaalan ja avohoidon välillä tiedonkulun puutteita ja yhteistyössä on ongelmia havainnut Perälä ym. (2006, 13). Sairaalan ja omaisten välillä on havaittu tiedonkulku- ja yhteistyöongelmia Koposen (2003, 26) tutkimuksessa. Nykyään yhä lyhenevät sairaalahoitojaksot lisäävät haasteellisuutta kotiutumisprosessin onnistumiseen entisestään.

Muita syitä kotiutumisen epäonnistumiseen ovat potilaan kotiutuminen liian huonokuntoisena ja kuntoon nähden riittämätön apu kotona (Mistiaen ym. 1997,

1233-1240; Männistö 1998, 65; Koponen 2003, 28). Erityisesti kotiutumisen jälkeeseen ensimmäiset 3-4 viikkoa ovat kriittisintä aikaa, jolloin kotiin tulisi järjestää tehostettua apua. (Hägg ym. 2007, 16).

Toisenlaisen näkökulman tuo Pearson ym. (2004, 496-505) tutkimuksessaan kotiutumisen epäonnistumiseen. Kotiutumisprosessissa voivat painottua liikaa lääketieteelliset seikat ja fyysisten oireiden hoito toimintakyvyn laaja-alaisen arvion sijaan, jolloin sosiaalisten roolien ja voimavarojen arviointi ja tukeminen jäävät puutteelliseksi. Atwal (2002, 450-458) on nostanut esiin puutteen potilaan sosiaalisen toimintakyvyn ja tuen tarpeen arvioinnista. Ajanpuutteen koettiin haittaavan eniten moniammatillista yhteistyötä ja kotiutusarviointien koordinoimista. Tällöin potilaiden psyykkisiä ja henkisiä tarpeita ei tule huomioida kotiutumisen yhteydessä. (Karppinen 1997,11; Kerätär 2003, 51; Nyman 2006, 42.)

Useat tutkimukset osoittavat potilaiden kokevan saaneensa kotiutumiseensa, sairauteensa sekä sen hoitoon että lääkitykseen liittyen liian vähän tietoa ja keskustelumahdollisuuksia (Mistiaen ym. 1997, 1237; Männistö 1998, 65; Kerätär 2003, 50). Potilaiden mielestä heidän mielipiteidensä huomioiminen ja mahdollisuudet osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon ovat vaihtelevia (Naukarinen 2008, 32-34). Liian myöhäinen kotiutumisajankohdasta ilmoittaminen sekä potilaalle, omaiselle ja kotihoidon henkilöstölle aiheuttaa paljon tyytymättömyyttä, eikä luo pohjaa onnistuneelle kotiutumiselle (Perälä ym. 2006, 29-30).

Kotiutumisprosessin koordinoinnissa, vastuukysymyksissä, työnjaossa sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja kotihoidon välillä on esiintynyt epäselvyyksiä. Toisten työn tunteminen on vähäistä, mikä voi lisätä toisaalta palveluiden päällekkäisyyttä, mutta jättää myös katvealueita. (Atwal 2002, 450-458.) Yhtenevien tavoitteiden ja näkemysten puutteen nostivat myös esiin Karppinen (1997, 54) ja Perälä ym. (2006, 12). Sairaalan henkilökunnan asenteetkin voivat vaikeuttaa potilaan kotiutumista. Työntekijät eivät välttämättä koe tärkeimpänä tehtävänä kotiin lähtevän potilaan ohjaamista, neuvomista ja tukemista. (Atwal 2002, 450-458.)

5 Onnistunutta kotiutumista tukevat kotiutuskäytännöt

Hoitohenkilökunnalta asiakkaan onnistunut kotiuttaminen vaatii korkealaatuista hoitotyön toteuttamista. Hyvän kotiutumisen edellytykset liittyvät asiakkaaseen, hoitajan toimintaan ja organisaatioon liittyviin tekijöihin (Pahikainen 2000, 7; Koponen 2003, 100).

Potilaan kotiutumiseen liittyviä tutkimuksia on tehty useita. Kotiutua käsitettä on käytetty silloin, kun tutkitaan asiaa potilaan näkökulmasta, potilaan kokemuksena (Piirainen 1996, 4; Männistö 1998, 15; Laapotti-Salo & Routasalo 2004, 23-28; Markkanen 2004, 7; Naylor ym. 2005, 52-61). Käsitettä kotiuttaa käytetään silloin, kun asiaa on tutkittu hoitohenkilökunnan toimintana (Salomaa 2004, 10; Grönroos & Perälä 2005, 288-295). Englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään ”discharge” – käsitettä erilaisilla etuliitteillä, kuten home discharge tai patient discharge (Mistiaen ym. 1997, 1233-1240; Naylor ym. 2005, 52-61). Ne merkitsevät hoitoalalla potilaan kotiutusta sairaalasta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

5.1 Asiakkaaseen liittyvät tekijät

Kotiutusprosessin aikana asiakas valmistautuu siirtymään sairaalasta kotiin. Kotiutuminen edellyttää asiakkaalta fyysisiä, emotionaalisia ja kognitiivisia valmiuksia. Asiakkaat tarvitsevat tietoa sairaudestaan, sen hoidosta ja jatkohoitoon liittyvistä asioista. Asiakkaalla tulee olla riittävät toiminnalliset valmiudet selviytyäkseen kotona. Asiakkaalla täytyy olla mahdollisuus osallistua kotiutumista koskevaan päätöksentekoon koko kotiutusprosessin ajan. Hänellä tulee olla riittävästi aikaa valmistautua kotiinlähtöön. (Pahikainen 2000, 20.)

Asiakas voi myös kokeilla kotona oloa ennen varsinaista kotiutumistaan muutamana päivänä. Kotiloman avulla arvioidaan asiakkaan selviytymistä ja palve-

luiden tarvetta kotona. Kotiloman aikana asiakas on edelleen sairaalan potilas ja hän yleensä palaa takaisin sairaalaan, jossa päätetään lopullinen jatkohoito ja palvelut. (Perälä & Hammar 2003, 28.)

Fortinsky (2002, 148-149) tutki potilaiden kotona pysymistä kotiutuksen jälkeen. Erityisesti sitä, oliko tehostetulla kotihoidolla ja tavallisella kotihoidolla vaikutuksia potilaan kotona pysymiseen sairaalasta paluun jälkeen. Tutkimusmenetelmänä hänellä oli vertaisryhmäarviointi, jossa tehostetussa kotihoidossa oli 712 osallistujaa ja tavallisessa kotihoidossa 691 osallistujaa. Tulokseksi hän sai, että tehostetussa kotihoidossa potilaat pysyivät pidempään kotona kotiutuksen jälkeen ja joutuivat käymään harvemmin sairaalassa, paitsi suunnitelluissa kontrolloissa. Itse kotihoidon jakso oli lyhyempi tehostetussa kotihoidossa. Potilaiden kotona pärjääminen ja liikkuminen onnistuivat paremmin kuin tavallisessa kotihoidossa. Markkanen (2004, 35-38) on tutkinut kotiutuvien potilaiden pysymistä kotona kotiutuksen jälkeen. Hän sai tulokseksi, että riittävän kotihoidon saaminen kotiin ja siitä seurannut kokemus hyvästä olosta kotona oli yksi tärkeistä asioista, joiden avulla potilaat selvisivät kotiutuksen jälkeen pitempään kotona.

5.2 Hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät

Sairaalassa potilaan hoito on tiimityötä, jossa on monialaista ammatillista asiantuntemusta. Ennen potilaan kotiutumista järjestetään tarvittaessa sairaalassa moniammatillinen hoitokokous, jossa päätetään kotiutumisen ajankohdasta sekä palveluiden ja hoidon tarpeesta kotihoidossa. Tiimin kokoonpano vaihtelee potilaiden hoidon tarpeen mukaan. (Perälä & Hammar 2003, 27-28.)

Hoitajalta asiakkaan hyvä kotiuttaminen edellyttää tietoa asiakkaan sairaudesta, toimintakyvystä sekä kotiolosuhteista. Asiakkaan ja omaisten mukaan ottaminen kotiutumisen suunnitteluun ja päätöksentekoon on osa korkealaatuista hoi-

totyötä. Hoidon jatkumiseksi asiakkaalle tulee järjestää tarvittavat kotihoidon palvelut. (Pahikainen 2000, 20.)

Ohjaus on tärkeä osa sairauden hoitoa ja siitä selviytymistä. Hoitotyön kiireen lisääntyessä ohjaukselle jäävä aika on vähentynyt. Kuitenkin oletetaan, että asiakas saa hoitohenkilökunnalta tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän pystyy huolehtimaan itsestään kotona sairaalahoidon jälkeen. (Johansson ym. 2002, 634-639.) Riittävän ja yksilöllisen ohjauksen ja opetuksen avulla asiakasta valmistetaan kotiinlähtöä varten (Pahikainen 2000, 20).

Koposen (2003, 21) mukaan onnistuneen kotiutumisen perusedellytyksiä hoitohenkilökunnan mielestä ovat hyvä tiedonkulku, Styrbornin (1995, 273-285) mukaan asiakkaan toimintakyvyn ja psykososiaalisten tarpeiden huomioiminen, Anthony & Hudson-Barrin (1998, 48-55) mukaan yhteistyö ja vuorovaikutus eri yhteistyötahojen kanssa, potilaan valmius kotiutua, omaisten valmius ja osallistuminen potilaan arkeen sekä toimivat hoitosuunnitelmat ja kotiutumiskriteerit lisäävät kotiutumisen onnistumista.

5.3 Organisaatioon liittyvät tekijät

Hyvä kotiutuminen edellyttää riittäviä resursseja kotiutustoimintaan. Moniammatillisena yhteistyönä toteutettu ja hyvin koordinoitu kotiuttaminen parantaa kotiutumisen laatua. Sairaalan ja avohoidon välinen toimiva yhteistyö sekä joustava tietojen siirto takaavat hoidon jatkuvuuden kotiutusprosessissa. (Pahikainen 2000, 20.) Pearson ym. (2004, 496-505) tuovat tutkimuksessaan esiin tarpeen siirtää tehokkaan kotiutumissuunnittelun painopistettä oireitten hoidosta ja tehtäväkeskeisyydestä enemmän keskusteluun ja pohdintaan potilaan voimavaroista ja hänen kokemaansa elämänlaatuun.

Toimiva kotiutuminen yli alue- ja palvelurajojen onnistuu vain hyvällä suunnitellulla ja yhteistyöllä. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu puutteita muun muassa hoidon jatkuvuudessa ja tiedon kulussa. (Perälä ym. 2003, 59.) Onnis-

tuneen kotiutumisen tulostekijöiksi kuvataan muun muassa potilaan maksimaalisen toipumisen mahdollistuminen, potilaan tarpeiden tyydyttyminen, potilaiden tyytyväisyys, sairaalapaikkojen ja voimavarojen mielekäs käyttö, sairaalajaksojen lyheneminen sekä avohoidossa työskentelevien tietoisuus siitä, mitä asiakas heiltä tarvitsee (Koponen 2003, 20).

Potilaan vuodeosastohoidon aikana voidaan tehdä potilaan kotiin arviointikäynti silloin, kun se on potilaan kokonaisuhoiton kannalta tarpeellista. Arviointikäynnin koordinoi yleensä sairaalan fysio- tai toimintaterapeutti, joka sopii käyntiajan myös kotihoidon työntekijöiden kanssa. Näillä käynneillä voidaan arvioida potilaan kotona selviytymistä sekä kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. Kotihoidon työntekijät pystyvät vertaamaan jo kotihoitoa saaneen asiakkaan aikaisempaa kotona selviytymistä tämänhetkiseen tilanteeseen ja näin antamaan arvokasta tietoa asiasta sairaalan työntekijöille. (Perälä & Hammar 2003, 27.)

Koekotiutus, esimerkiksi viikonlopun ajaksi, järjestetään sairaalan potilaalle silloin, kun kotona selviytyminen tuntuu potilaasta, läheisistä tai työntekijöistä epävarmalta. Koekotiutuksella voidaan arvioida sitä, onko koti potilaan kannalta paras jatkohoitopaikka vai täytyykö harkita muita vaihtoehtoja. Koekotiutuksen aikana potilas voi palata suoraan osastolle, josta on lähtenyt kotiin. Sairaalan ja kotihoidon työntekijät sekä asiakas ja läheinen yhdessä sopivat koekotiutuksen pituudesta sekä arvioivat sen onnistumista. (Perälä & Hammar 2003, 28.)

6 Kehittämishankkeen tavoitteet

Tämä kehittämishanke on osa Saumatonta-hanketta, jossa Raision kaupungin terveyskeskus on osallisena. Saumatonta terveysosaamista Varsinais-Suomessa -hankkeen taustalla ovat terveydenhuollon ammattihenkilöstön

osaamiseen kohdistuvat ajankohtaiset haasteet liittyen moniammatillisen yhteistyön vaatimuksiin, kehittyviin ja muuttuviin ammattikuviin, terveysteknologian kehittämiseen ja alueella käynnissä olevaan saumattomien hoito- ja palveluketjujen kehittämistyöhön. Saumattomat hankkeen osatavoitteena on esimerkiksi hankkia tietoa tehtyjen hoito- ja palveluketjujen (Hoitoreitit) tuntemuksesta ja hyödyntämisestä sekä osaamisen kehittämisen tarpeista sekä edistää terveyskeskusten mahdollisuuksia vastata tulevaisuuden muutonhaasteisiin henkilöstökoulutuksen avulla ja vahvistaa terveyskeskustyön arvostusta ja vetovoimaa. (Saumattomat-hanke 2008.)

Raision kotihoidon yhtenä kasvavana asiakasryhmänä ovat erikoissairaanhoidosta tulevat asiakkaat, jotka tarvitsevat kotihoitoa tullessaan jatkohoitoon kotiin sairaalasta. Kotihoidon yksiköissä on havaittu ongelmia kotiutumiseen liittyvissä käytännön ja hoidollisissa asioissa, esimerkiksi potilaiden kotiutuksesta ilmoitetaan liian myöhään, uusista lääkkeistä ei ole potilaan mukana reseptejä, apuvälineitä ei ole arvioitu kotiutuksen yhteydessä. Näiden asioiden vuoksi asiakkaan kotiutuminen ja siihen liittyvien kotiutuskäytäntöjen yhtenäistäminen vaatii selvitystä ja kehittämistä.

Kehittämishankkeen osatavoitteina ovat Raision kaupungin kotihoidon kotiutusprosessin mallintaminen ja sairaanhoitajien ohjeistaminen erilaista hoitoa vaativia asiakkaiden kotiutusta varten. Pitkän ajan muutostavoitteena tässä kehittämishankkeessa on asiakkaiden hoitoaikojen sairaalassa lyhentäminen niin, että kotiutusvaiheessa kotiutuminen tapahtuu nopeasti ja saumattomasti eri hoitoyksiköiden välillä. Saumattomuudella tarkoitetaan asiakkaan kotiutumista ja kotihoitoa, jossa asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitovastuun luovuttajan ja vastaanottajan palvelut limittyvät saumattomaksi kokonaisuudeksi (Grönroos ym. 2006, 13).

Kotiutusprosessin mallintaminen kohdistuu erityisesti erikoissairaanhoidosta kotiutuviin asiakkaisiin. Kehittämishankkeella selvennetään onnistuneeseen kotiutukseen liittyviä seikkoja sairaanhoitajien haastattelulla Raisio-Rusko kotihoidossa. Kehittämishankkeen toteutukseen osallistuu kotihoidon sairaanhoitajista koottu projektiryhmä. Konkreettisina tavoitteina kehittämishankkeessa on

tuottaa prosessikuvaus erikoissairaanhoidosta kotihoitoon kotiutuvan asiakkaan kohdalla Microsoft Office Visio - ohjelman avulla. Prosessikuvauksen on tarkoitus selventää asiakkaiden kotiutumisprosessia ja helpottaa sairaanhoitajien työtä kotiutusten yhteydessä. Kehittämishankkeen yhteydessä kartoitetaan haastattelun avulla sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia ja esiin tulevia lisäkoulutus-tarpeita. Lisätavoitteena hankkeessa on tehdä esite Raisio-Rusko kotihoidosta erikoissairaanhoidon. Esitteessä kerrotaan kotihoidon mahdollisuuksista erilais-ten asiakasryhmien hoidossa. Kotihoidon esite liitetään yhdeksi tiedostoksi Hoi-toreitit-sivustolle.

7 Kehittämishankkeen toteutus

Tämä kehittämishanke toteutettiin työyhteisön kehittämishankkeena. Kehittä-mishankkeen ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikkö Raisio-Rusko kotihoi-dosta, Raision hoito- ja hoivapalvelujen johtava hoitaja, kotihoidon osastonhoi-taja, kotihoidon perushoitaja ja Turun ammattikorkeakoulun lehtori. Heinäkuus-sa 2009 kehittämishankkeen ohjausryhmästä poistui kotihoidon osastonhoitaja. Hän lopetti työnsä Raision kaupungilla. Hankkeen projektiryhmässä työskenteli-vät projektipäällikkö kotihoidosta ja kotihoidon tiimien sairaanhoita-jat/terveydenhoitajat.

Kehittämishankkeen ohjausryhmä kokoontui syksyllä 2009 kolme kertaa ja ke-väällä 2010 kerran, jolloin käytiin läpi projektiryhmän tuotoksia. Ohjausryhmä neuvoi ja ohjasi kehittämishankkeen kulkua koko kehittämishankkeen ajan. Oh-jausryhmässä hyväksyttiin kaikki päätökset, jotka koskivat kehittämishanketta ja sen tuotoksia. Kehittämishankkeen projektipäällikkö sai ohjausta kehittä-mishankkeessa mentoriltaan, joka toimi ohjausryhmässä.

Taulukossa 2 on esitelty Raisio-Rusko kotihoidon kotiutusprosessin kehittämishankkeen työ- ja aikataulusuunnitelma. Esiselvitystyötä tehtiin joulukuusta 2008 alkaen. Kesän 2009 aikana tehtiin teemahaastattelut ja syksyllä ennen projektiryhmän työskentelyn aloittamista analysoitiin teemahaastattelut. Mentorin ja kotihoidon osastonhoitajan kanssa käytiin keskusteluja miten kehittämishanke toteutetaan kotihoidossa ja miten projektiryhmä kokoontuu työnsä ohessa kehittämishankkeen työkokouksiin. Hulvelan palvelukeskuksesta varattiin kokoustila tietyksi ajankohdiksi projektiryhmän työskentelyä varten. Projektiryhmä työskenteli lokakuusta joulukuuhun vuonna 2009. Konkreettiset tuotokset jaetaan uusille asiakkaille jatkossa sekä toimitetaan erikoissairaanhoidon yksiköille sekä liitetään Hoitoreitit-sivustolle.

Taulukko 2. Raisio-Rusko kotihoidon kotiutusprosessin kehittämishankkeen työ- ja aikataulusuunnitelma

<u>Suunnitteluvaihe</u>	<u>Toteutusvaihe</u>
Kotiutusprosessin esiselvitystyö	Joulukuu 2008-helmikuu 2009
Mentorin kanssa kotiutusprosessi- hankkeen suunnittelua	
Projektisuunnitelma ja esitys	Maaliskuu 2009-huhtikuu 2009
Tutkimuslupa	Toukokuu 2009
Kehittämistyöhön liittyvät haastattelut	Toukokuu 2009- syyskuu 2009
Aineiston analysointi	Syyskuu 2009- lokakuu 2009
Projektiryhmän kanssa kotiutusprosessin mallintaminen ja kotihoidon esite	Lokakuu 2009- helmikuu 2010
Loppuraportin kirjoitus ja esitys, esitteen jako erikoissairaanhoidon, prosessikuvaus Hoito- reitit sivustolle	Helmikuu 2010- toukokuu2010

7.1 Teemahaastattelu

Hankkeen ensimmäisessä osassa tehtiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus haastattelemalla Raisio-Rusko kotihoidon sairaanhoitajia. Laadullisen tutkimuksen kohteena on ihminen ja hänen elämänpiirinsä ja siihen liittyvät merkitykset. Laadullisen tutkimuksen keskeinen ominaispiirre on induktiivinen päättely, joka on aineistolähtöistä. Induktiivisessa päättelyssä havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Laadullisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Laadullinen tutkimus kohdentuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei niinkään määrään. Tutkimukseen osallistuvien määrää ei aina voida etukäteen määrittää. Aineistoa on riittävästi, kun uudet haastattelut eivät tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Tapahtuu kylälähtöisyys eli saturaatio, jolloin tietty määrä haastatteluja tuo esille teoreettisen peruskuvion mikä tutkimuskohteesta on mahdollista saada. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–17, 26–27.)

Tämän haastattelun teemat (Liite 1) perustuvat aikaisemman tutkimustiedon pohjalta tehtyyn selvitykseen ja ovat haastattelijan itse laatimia. Tutkimusongelmat, joihin etsitään vastausta teemahaastattelulla, on esitetty kappaleessa 7.2. Teemahaastatteluun päädyttiin, koska haluttiin saada syvällistä tietoa kotihoidon sairaanhoitajilta käytännön työstä, jota he tekevät päivittäin. Haastattelussa annetaan haastateltaville mahdollisuus kertoa teemojen ohella lopuksi mitä he haluavat kertoa kotiutuksista. Näin oletetaan, että saadaan lisätietoa, jota ei mahdollisesti tule ilmi haastattelun teemakysymyksissä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään mahdollisimman avoimin menetelmin. Haastattelijan rooli on laadullisessa tutkimuksessa aktiivinen, se on vuorovaikutussuhde tutkimukseen osallistuvan ja haastattelijan välillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 28–29.)

Teemahaastattelun kohderyhmäksi valittiin 6 Raisio-Rusko kotihoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa, koska he ovat päivittäin tekemi-

sissä sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden ja kotiutuksista ilmoittavien hoitajien kanssa. Teemahaastatteluun osallistuneista viidellä on sairaanhoitajan tutkinto ja yhdellä terveydenhoitajan tutkinto. Työkokemusta kesään 2009 mennessä sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työstä teemahaastatteluun vastanneilla oli 15 vuotta (4-21vuotta). Kotihoidosta tai kotisairaanhoidosta vastaajilla oli työkokemusta keskimäärin 7 vuotta (1,5-13 vuotta). Vastaajilla oli moninaista työkokemusta hoitotyön eri alueilla. He olivat tehneet työtä esimerkiksi erilaisilla osastoilla sairaaloissa sekä pitkäaikaishoidossa että erikoissairaanhoidossa. Työkokemusta oli kertynyt myös avoterveydenhuollosta, jossa asiakaskuntana ovat kaikenikäiset potilaat ja asiakkaat.

7.2 Tutkimusongelmat

Raisio-Rusko kotihoidon tarpeesta ja aikaisemmista tutkimuksista nousi esille soveltavan tutkimuksen tutkimusongelmiksi seuraavat kysymykset:

1. Mitkä tekijät ovat hyvän kotiutumisen edellytyksiä kotihoidon sairaanhoitajien mielestä?
2. Minkälaisia ongelmia on olemassa asiakkaan kotiutuessa erikoissairaanhoidosta kotihoitoon?
3. Minkälaista yhteistyötä voitaisiin tehostaa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä?
4. Millaista ammattitaitoa tarvitaan sairaanhoitajien mielestä vaikeahoitoisten asiakkaiden hoidossa?

7.3 Aineiston keruu ja aineiston analyysi

Teemahaastattelut tehtiin Raisio-Rusko kotihoidon sairaanhoitajien kanssa sovittuina ajankohtina touko-syyskuun aikana vuonna 2009. Teemahaastattelut toteutettiin ei-sattumanvaraisena eli harkinnanvaraisena otantana, koska tarvittiin tietynlaisia henkilöitä vastaamaan kysymyksiin. Tärkeintä otannassa oli, että mukana otoksessa on henkilöitä, joilla on kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2003, 88) eli kotihoidon asiakkaiden kotiutusten vastaanotosta ja suunnittelusta.

Teemahaastattelurunko (Liite1) esiteltiin kahdella henkilöllä, jotka toimivat sairaanhoitajina ja joilla on laajaa kokemusta hoitotyöstä ja kehittämishankkeista. Teema-alueiden varmentamiseksi tulisi tehdä esihaastatteluja. Esihaastattelun avulla voidaan työstää esimerkiksi teema-alueita, sanavalintoja tai apukysymyksiä. Tämän jälkeen voidaan laatia lopullinen haastattelurunko. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, ja sen avulla voidaan arvioida haastattelun keskimääräinen kesto-aika. (Bell 2006, 159.) Jokaiseen teemahaastatteluun varattiin aikaa puolitoista tuntia tässä kehittämishankkeessa.

Teemahaastattelujen aikataulutus oli otollinen, vaikka kesän aikana sairaanhoitajat/terveydenhoitajat lomailivat, saatiin kuitenkin hyvin sovittua haastatteluajat ilman kiirettä. Teemahaastatteluihin osallistui suunnitellut 6 sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa, jotka työskentelevät Raisio-Rusko kotihoidossa. Muille työntekijöille informoitiin sairaanhoitajan/terveydenhoitajan olevan haastattelussa ja toivottiin, ettei häntä tällöin häiritä. Neljä teemahaastattelua tehtiin Raision yksikössä, yksi Ruskon yksikön tiloissa sekä yksi työntekijän kodissa. Haastattelupaikat pysyivät rauhallisina, vaikka Ruskon yksikön huoneessa kävi kerran, toinen työntekijä.

Teemahaastattelut nauhoitettiin osallistujien suostumuksella ja nauhoitukset onnistuivat hyvin. Aineisto puhtaaksi kirjoitettiin tekstimuotoon Microsoft Office Word tekstinkäsittelyohjelmalla. Tämän jälkeen tekstit analysoitiin sisällön ana-

lyysimenetelmällä. Analyysissä tutkimusaineisto pelkistettiin, etsittiin vastauksia tutkimusongelmiin ja muodostettiin termejä. Aineisto ryhmiteltiin, etsittiin eroavaisuudet ja yhtäläisyydet. Lopuksi samansisältöiset luokat yhdistettiin, joista kerrotaan tuloksissa. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule ilmi missään raportin kirjoittamisen vaiheessa ja nauhat olivat vain haastattelijan käytettävissä.

7.4 Teemahaastattelujen tulokset

Tässä kappaleessa esitetään analysoituja tuloksia teemahaastatteluista. Tuloksissa on muutamia vastauksia esitetty kursiivitekstillä, koska haastattelija haluaa tuoda autenttisia vastauksia esiin.

7.4.1 Hyvän kotiutumisen edellytykset

Hyvän kotiutumisen edellytykset voidaan jakaa kolmeen tekijään eli asiakkaaseen, henkilökuntaan ja organisaatioon liittyviksi tekijöiksi (Pahikainen 2000, 7). Onnistunut kotiutus voidaan kiteyttää hyvin lyhyestikin:

”Kaiken A ja O on se täsmällinen ja hyvä informaatio asiakkaasta.”

Vastauksissa nousi useimmin esille henkilökuntaan liittyvät edellytykset joilla voidaan edistää onnistunutta kotiutumista.

”Kotiutumisajankohta on kaikkein tärkein, et ihminen olis koti kunnossa.”

”Jos on asianmukainen kotiutus oikeaan aikaan oikeassa hoidon vaiheessa, niin silloin ei pitäis olla mitään ongelmia.”

Osa henkilökuntaan liittyvistä edellytyksistä ovat samoja kuin organisaation edellytykset. Jotta kotiutuminen kotiin onnistuu, henkilökunta voi, taulukossa 3. Hyvän kotiutumisen edellytykset – hoitohenkilökunta, esitettyjen mainintojen avulla tukea kotiutumisen onnistumista.

Taulukko 3. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Hoitohenkilökunta

Pelkistetty ilmaus	Mainintoja	Alakategoria	Yläkategoria

Hoitohenkilökunnan vaikutus onnistuneeseen kotiutukseen			
Asiakkaan terveydentilanne			
kotiutushetkellä hyvä	5	Hoitohenkilökunta	
Jatkohoito-ohjeet	9		
Kotiutumisajankohta	2		
Apuvälineet	1		
Arviointikäynti TYKSiin	2		
Asiakas ymmärtää mitä			
kotihoito hoitaa	3		
ESH hoitohenkilökunnan			
tietotaso riittävä	5		
Kaikki yhteystiedot päivitetty	5		
Kirjallinen lääkekortti	4		
Käytetään kotihoidon kaikkia			
keinoja hoidossa	1		
Riittävästi aikaa ja resursseja	4		
Tiedonkulku	3		
Uuden asiakkaan luona			
samat hoitajat alussa	2		
Vastaanottavan henkilökunnan			
tietotaso riittävä	4		
Yhteensä	50		

Eniten mainintoja saivat kohdat jatkohoito-ohjeet, asiakkaan terveydentilanne kotiutushetkellä hyvä, erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan tietotaso riittävä, päivitetty yhteystiedot. Jatkohoito-ohjeiden selkeys vaikuttaa kotihoidon henkilökunnan työskentelyyn ja asiakas on tietoinen hänelle suunnitellusta jatkohoidosta. Asiakkaan terveydentilanne tulisi olla hyvä kotiutuspäivänä, jotta kotiutus onnistuisi. Hoitohenkilökunnan tietotaso tarkoittaa tietoa kotihoidon toimintatapojen tuntemusta.

Organisaatio voi monella seikalla vaikuttaa yksittäisen asiakkaan onnistuneeseen kotiutukseen. Taulukossa 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset – Organisaatio, on kuvattu vastaajien mainintoja hyvän kotiutumisen edellytyksiksi organisaation kannalta.

Taulukko 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Organisaatio

Pelkistetty ilmaus	Mainintoja	Alakategoria	Yläkategoria
Organisaation vaikutus onnistuneeseen kotiutukseen			
ESH hoitohenkilökunnan ja vastaanottavan henkilökunnan tietotaso riittävä	8	Organisaatio	
Apuvälineet	1		
Arviointikäynti tyksiin	2		
Epikriisi nopeasti	2		
ESH yhteydenotto aina sairaanhoitajalta	3		
Kotiutumisajankohta	2		
Käytetään kotihoidon kaikkia keinoja hoidossa	1		
Riittävästi aikaa ja resursseja	4		
Tiedonkulku	3		
Uuden asiakkaan luona samat hoitajat alussa	2		
Yhteensä	28		

Eniten mainintoja organisaation osalta tuli kohtaan, jossa toivottiin erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan ja vastaanottavan henkilökunnan tietotason olevan riittävä. Tämä ajatus sisältää kaikkien osapuolien tietoa ja tuntemusta toisten toiminnasta ja organisaatioista.

”Tietyt asiat, jotka vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen, ... pitää olla valmisteltu niin että, se saumakohta ei aiheuta mitään vaaratilanteita sille asiakkaalle.”

Asiakas voi vaikuttaa kotiutumiseen muutamalla asialla, jotka edesauttavat kotiutumisen onnistumista. Taulukossa 5. Hyvän kotiutumisen edellytykset – Asiakas, on kuvattu vastaajien mainintoja hyvän kotiutumisen edellytyksiksi asiakkaan kannalta.

Taulukko 5. Hyvän kotiutumisen edellytykset - Asiakas

Pelkistetty ilmaus	Mainintoja	Alakategoria	Yläkategoria

			Asiakkaan vaikutus onnistuneeseen kotiutukseen
Asiakas ymmärtää mitä kotihoito hoitaa	3	Asiakas	
Arkipäivän elämiseen liittyvät välineet ja tavarat kunnossa	1		
Asiakas kotikunnossa	2		
Yhteystiedot	1		
Yhteensä	7		

Asiakkaan kannalta tärkeintä on, että hän ymmärtää mitä kotihoito hoitaa asiakkaan kotiutumisen jälkeen. Asiakkaalle selvennetään mikä on kotihoidon rooli ja

mikä asiakkaan. Tärkeää on se, että asiakas itse kokee olevansa valmis siirtymään takaisin kotiin sairaalasta kotihoidon turvin.

7.4.2. Kotiutuminen erikoissairaanhoidosta

Haastattelujen ajankohtana kesällä 2009 erikoissairaanhoidosta suoraan kotihoitoon tuli asiakkaita harvakseltaan. Vastaajat arvioivat, että monet tarvitsivat jatkohoitoa vielä terveyskeskuksen sairaalan osastolla ennen kotiutumista. Yleisesti arvioitiin että, uudet asiakkaiden tiedot selvitettiin tarkemmin ja entiset tutut asiakkaat jäivät helposti vanhojen tietojen varaan. Kotiutumiseen ja sen onnistumiseen eniten vaikutti vastausten perusteella kotiuttavan erikoissairaanhoidoyksikön hoitaja sekä hänen tietonsa kotihoidosta että hänen antamasta tiedosta, joka liittyy asiakkaaseen, joka oli tulossa kotihoidon asiakkaaksi.

”Jos tulee ihan uusi, se on ihan kiinni kotiuttamiskulttuurista, mikä se on siellä.”

Haastateltavat toivoivat sairaanhoitajan yhteydenottoa erikoissairaanhoidosta kotihoitoon, koska yhä enemmän tarvitaan tietoa asiakkaasta ja hänen terveydentilastaan sekä sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja tuloksista. Erityisesti tämä koskee lääkitystietoja, jotka ovat hyvin tärkeitä asiakkaan kotiutuessa sairaalasta kotiin. Niiden tulee olla täsmälliset. Ongelmaksi koettiin, jos asiakkaan kotiutuksesta soittaa erikoissairaanhoidosta vain sosiaalihoitaja. Kotihoito toivoi enemmän asiakkaan opastusta käytännön asioissa jo erikoissairaanhoidon yksikössä, esimerkkinä lääkkeiden hakeminen apteekista kotiutuessa ennen kotihoidon hoitajan käyntiä.

Ongelmia koettiin olevan ajoittain siinä että, asiakas ei ole kotikuntoinen. Asiakas ei tällöin kykene olemaan kotona turvallisesti edes kotihoidon ja omaisten

turvin. Kotiutusarvio on voinut olla puutteellinen kotiutusta suunniteltaessa. Osa asiakkaista oli tullut kotiin koska, terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ollut jatkokuntoutuspaikkaa tai eivät ole itse halunneet kuntoutusjaksolle terveyskeskuksen vuodeosastolle. Yhtenä ongelmana olivat epikriisit, jotka viipyivät viikkoja kotiutuksen jälkeen. Jatkohoito-ohjeiden puuttuminen oli ongelma kotihoidon sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle ja asiakkaalle. Tällöin kumpikaan ei tiedä mitään mahdollisista jatkotutkimuksista. Kotiutus perjantapäivänä oli ongelma, koska kotihoidon palvelujen suunnittelu vie aikaa. Monessa vastauksessa tuli esiin ajatus kotisairaalaista. Sitä kaivataan vaativampia hoitoja tarvitsevien asiakkaiden kotiutumisen onnistumisessa.

”Se hyppäys erikoissairaanhoidosta avohoitoon ilman terveyskeskuksen vuodeosaston välitoimia olis huomattavasti helpottavampaa jatkossa hoitaa, jos olis käytössä kunnassamme kotisairaaloimintaa.”

7.4.3 Yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä

Konkreettisiksi keinoiksi kehittää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä tuotti monia vastauksia. Vastauksissa useimmin esille nousi se, että kotihoidosta tarvitaan kirjallinen esite erikoissairaanhoidon. Yhteiset toimintaohjeet ja niiden kehittäminen olivat monen vastaajan mielessä.

”Informaation jakaminen puolin ja toisin.”

Asiakastyötä ajatellen tärkeimmäksi nousivat kirjalliset hoito-ohjeet asiakkaan kotiutuessa ja niiden toimittaminen asiakkaan mukana kotihoitoon. Yleisesti in-

formaation jakaminen ja tiedonkulku nähtiin sujuvammaksi, jos voitaisiin käyttää sähköisiä verkostoja tiedonjakamiseen tai ainakin puhelimitse siirtää tietoa. Ihanteelliseksi tilanteeksi koettiin tulevaisuudessa mahdollisesti tehtävät kotiutumispalaverit erikoissairaanhoidon yksiköissä aina asiakkaan kotiutusta suunniteltaessa. Samalla tehtäisiin apuvälinearviointi, jotta kotiutuminen onnistuisi sujuvammin.

7.4.4 Kotihoidossa tarvittava ammattitaito

Vastauksissa nousi tärkeimmiksi kotihoidon hoitajan ammattitaitoa mittaaviksi ominaisuuksiksi laaja ammattitaito ja osaaminen. Lisäksi lääkehoidon tietämys oli tärkeää. Muutama vastaaja määritteli laajan ammattitaidon sillä, että työntekijä on ollut esimerkiksi kotihoidon lisäksi sairaalassa työssä. Sairaalasta kotiutumisprosessin ymmärtäminen vaatii vastaajien mukaan käytännön kokemusta sairaalatyöstä ja kotihoidosta. Lääkehoidon tietämys korostuu, koska sairaanhoitajan/terveydenhoitajan ja lähi/perushoitajan toimenkuvaan kuuluvat lääkinnälliset toimet päivittäin. Vastaajat toivat esiin sen, että ammattitaidon ylläpitäminen vaatii omaa aktiivista tiedonhakuja omalla ajalla. Ammattitaitoa on lisäksi se, että hoitaja osaa antaa aikaa asiakkaalle sekä kunnioittaa häntä ja hänen kotiaan.

”Jos... joku vähän vastahankanenkin meidän tulemisel tai tekemisel tai lääkkeil, ni sit vaan pikkuhiljaa täytyy yrittää ujuttautuu sinne ja pitkämielisesti. Ei saa mennä sil taval, et henkselit paukkuu. Et monta kertaa semmonen hankalampikin, vastahakoisempikin asiakas sulaa kyllä, eikä saa olla kiire.”

Vastauksissa tuli esiin hoitajan ominaisuuksia, jotka edesauttavat työntekoa kotihoidossa. Näitä ovat muun muassa

”... maalaisjärkee...”

”... pitkää pinnaa...”

”... sorminäppäryyttä...”

”... toimintakyvyn arvioinnin osaamista...”

”... kyky tulla ihmisten kans toimeen...”

Ammattitaitoa ylläpitääkseen haastatellut toivoivat lisää koulutuspäiviä sekä tehtäväkohtaista koulutusta. Lääkehoidon tietämyksen ylläpitoon toivottiin jatkuvaa koulutusta. Tulevaisuuden ajatuksiin muutama vastaaja kommentoi vaatimimpien asiakkaiden hoidosta, että he toivovat kotisairaalan tyyppistä toimintaa. Koko organisaation kannalta on mietittävä ratkaisuja, jotta ammattitaitoa ylläpidetään ja sitä osataan vaatia jatkossakin.

7.5 Johtopäätökset teemahaastatteluista

Teemahaastattelujen perusteella onnistuneeseen kotiutumiseen vaikuttaa eniten organisaatioiden hoitohenkilökunta, henkilökunnan osaaminen sekä heidän välinen yhteistyönsä. Tarvitaan monialaista tietoa jo pelkästään asiakkaasta, hänen sairauksistaan, omaisistaan, toimintakyvystään ja tarpeistaan. Näitä asioita tulee selvittää jo sairaalassa ollessa ja varata aikaa kotihoidolle valmistella ja suunnitella asiakkaan kotiin tuleminen sekä hänen hoitonsa siellä erilaisten tukitoimien avulla.

Onnistunut sairaalasta kotiutuminen vaatii kotihoidon palvelujen tarpeenarviointia ja palveluiden tuottajien saumatonta yhteistyötä. Tämän edellytyksenä on

jatkuva yhteistyö ja sen kehittäminen. Potilaan hoidon hoito- ja palveluketjujen hallitseminen on muuttunut entistä tärkeämmäksi. Tavoitteena on, että hoidon jatkuminen on yhtenäistä ja saumatonta. Kotiutus on kriittinen kohta hoitoketjussa, koska silloin potilas siirtyy asiakkaaksi eri organisaatioon, esimerkiksi oman kunnan kotihoitoon. (Rissanen & Noro 1999, 1; Nieminen ym. 2002, 9; Perälä ym. 2003, 11.)

Henkilökunta tarvitsee tietoa organisaatioista ja erilaisista yksiköistä sekä siitä miten niissä asiat etenevät. Teemahaastattelussa tuli ilmi useasti, että sekä vastaanottava että lähetävä yksikkö tulisi tuntea toimintatavoiltaan. Jos erikoissairaanhoidossa ei ole kotihoitosta oikeaa tietoa, miten kotihoito toimii ja millaisia asiakkaita hoidetaan, kotiutuminen ja asiakkaan kuntoutuminen voivat molemmat viivästyä. Osaltaan tämä voi selittää myös sitä, että ajoittain suoraan erikoissairaanhoidosta kotiin tulevia asiakkaita on vähän, koska ei tiedetä, millaisia asiakkaita voidaan hoitaa suoraan kotiin. Organisaation johdon on huolehdittava ajantasaisen informaation jakamisesta henkilökunnalleen kaikista yhteistyökumppaneistaan. Saumattomuus tuli haastattelussa ilmi toiveissa paremmasta tiedonkulusta, koska se sitten kotiutusajankohtaa tai lääkitystietoja. Asiakkaan tulisi voida keskittyä vain kotiutumiseen ja kuntoutumiseen, hoitohenkilökunnan tulisi hoitaa tiedonkulku saumattomasti.

Saumaton hoito- ja palveluketju tarkoittaa toimintamallia, jossa hoito ja palvelu ovat asiakaskeskeinen ja saumaton kokonaisuus yli organisaatio- ja hallintorajojen. Asiakkaalla organisaatorajat ovat näkymättömiä. Saumattomuus merkitsee toimintatapaa, jossa ammattilaisten verkostomaisella yhteistyöllä sekä ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutuksella on keskeinen tehtävä. Hyvä palveluketju ehkäisee tällöin mahdollisimman pitkälle uusien palvelutarpeiden syntymistä. (Nouko-Juvonen ym. 2000, 15; Voutilainen ym. 2002, 52; Koponen 2003, 18.)

Saumattomuuden edellytyksenä on hoitohenkilökunnan moniammatillinen ja käytännönläheinen yhteistyö. Lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukainen hoito ja palvelu. Saumattoman palveluketjun edellytyksenä on saumaton tiedonkulku. Koska kotihoiton asiakkaiden tiedot ovat arkaluonteisia, täytyy palveluketjussa muistaa asiakkaan yksityisyyden suoja. Niin asiakas kuin

hoitohenkilökuntakin tarvitsevat tietoa, jonka perusteella on mahdollista nopeasti muodostaa kokonaiskäsitys palveluketjun keskeisistä tavoitteista, toimijoista, tapahtumista ja etenemisestä. (Nouko-Juvonen ym. 2000, 18; Voutilainen ym. 2002, 52 - 53.)

Kotihoidon tarpeeksi ilmeni, että tulevaisuudessa erikoissairaanhoidosta asiakkaan kotiutuksesta ilmoittaa aina sairaanhoitaja kotihoidon tiimin vetäjälle eli sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle. Tällöin lääkitys ja jatkohoitoasiat saadaan tarkasti selville. Sosiaalihoitaja voi olla yhteydessä kotihoitoon, jos asiakkaalla on tarvetta sosiaalityöntekijän palveluihin.

Asiakkaan kotiutumisesta tulisi ilmoittaa vain yhdelle kotihoidon työntekijälle. Asiakkaasta voidaan tehdä ilmoitus aikaisemmin asiakasta hoitavalle kotihoidon työntekijälle tai kotihoidon esimiehelle, jotta voidaan aloittaa kotiutuksen suunnittelu. Suunnitellut palvelut ja hoidot käynnistetään silloin, kun asiakas siirtyy kotiin. Ennakointi antaa kotihoodolle joustavuutta hoitaa lyhyellä varoitusajalla kotiutuvien asiakkaiden tilanteet. (Perälä & Hammar 2003, 32.)

Teemahaastattelussa tuotiin esille, että asiakkaan luona kävisivät samat hoitajat kotiutumisen alkuvaiheessa. Tällöin huomataan mahdolliset muutokset asiakkaan terveydentilassa ajoissa ja asiakkaalle tilanne olisi helpompi samojen hoitajien kanssa toimiessa. Tutkimusten mukaan alkuvaiheessa olisi tärkeää tehdä kotikäyntejä tiheämmin, jotta kotiutumisen onnistuminen olisi varmempaa. Onnistunut kotiutuminen varmistuu asiakkaan kotiutumisen seurannalla ja turvaa asiakkaan kotona selviytymistä. Samalla se voi vähentää ja lykätä uudelleen sairaalaan hakeutumista. (Koponen 2003, 27- 28; Pöyry & Perälä 2003, 16.)

Vastaukset tulevaisuuden kehittämishaasteista pohjautuvat selkeästi kokemukseen ja haastateltavien intuitioon siitä, mitä hoitotyö on tulevaisuudessa. Yhteistyön jatkuva kehittäminen ja tietotekniikan käyttö tiedonsiirrossa, tulevat olemaan tärkeässä roolissa tulevaisuuden hoitotyössä. Terveystuollon palvelujen saumattomuus tulee olemaan niin asiakkaiden kuin hoitohenkilökunnan etu.

Haasteena nähdään kasvava asiakaskunta, jotka ovat monisairaita asiakkaita. Tällöin kotihoidon tietotason tulee nousta ja jatkuvaa koulutusta tarvitaan suunnitelmallisesti. Työaikaa tulee suunnitella tulevaisuudessa niin, että siihen sisältyy selkeästi koulutusaikaa viikoittain, koska hoitotyössä uusia lääkkeitä ja hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti. Hoitohenkilökunnan tulee olla kehittyvän yhteiskunnan ja erilaisia hoitovaihtoehtoja toivovien asiakkaiden palvelujen suunnittelijoita, jolloin koulutusta tarvitaan yhtämittaisesti.

7.6 Projektiryhmän työskentely

Kehittämishankkeen toisessa osassa teemahaastattelujen analysoinnin jälkeen projektiryhmä aloitti työskentelyn syksyllä 2009. Projektiryhmän kokouksia oli viisi kokouskertaa. Kuviossa 2 on esitetty projektiryhmän kokousaikataulu ja kokousten sisältökehys. Kehittämishankkeen projektityöskentelylle ei ollut varattu omaa työaikaa, joten se tehtiin muun kotihoitotyön ohessa. Kotihoidon kaikki sairaanhoitajat/terveydenhoitajat osallistuivat kehittämishankkeeseen. Kokousaikaa oli varattu 1 tunti työaikaa jokaiseen kokoukseen. Osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kaikki sairaanhoitajat/terveydenhoitajat osallistuivat aina kun oli mahdollista, koska kehittämishankkeen yhteydessä heidän oli mahdollista vaikuttaa omaan työhönsä. Työskentely kehittämishankkeessa vaati osallistumista, tietoa keräämällä, jokaiselta sairaanhoitajalta/terveydenhoitajalta, koska heillä oli hiljaista tietoa, jota tarvittiin konkreettiseen käyttöön.



Kuvio 2. Projektiryhmän työkokousaikataulu

Projektiryhmälle kerrottiin alustavia päätelmiä teemahaastatteluista, joihin osa heistä oli osallistunut. Teemahaastattelujen tuloksia on kuvattu kappaleessa 7.4. Projektiryhmässä mietittiin aluksi erikoissairaanhoidosta kotiin tulevaa asiakasta ja prosessikuvausta, minne yhteydenoton tulisi tulla, kun asiakas kotiutuu ja tarvitsee kotihoidon palveluja. Alkuun päästiin tekemällä fläppitaululle ajatuskartta, jonne kaikki saivat luetella yhteydenottotahoja. Lähettävät yksiköt eriytettiin somaattiseen erikoissairaanhoidon ja psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Kummassakin Turun yliopistollinen keskussairaala on taustaorganisaationa.

Projektipäällikkö muunsi tiedot Microsoft Office Visio - ohjelman vuokaaviopohjalle, jolle Raision kaupungin prosessikuvaukset tehdään. Kaikilla hankkeen projektiryhmän kokouskerroilla hiottiin prosessikuvausta toimivammaksi. Kolmella viimeisellä työtunnilla tehtiin uutta kotihoidon esitettä. Kotihoidon esite sisältää tietoja mitä kotihoito on Raisio-Rusko alueella, millaisia palveluja on saatavilla, kotihoidon maksutietoja sekä aluetiimien yhteystiedot että muita yhteystietoja, jotka liittyvät kotihoidon asiakkaisiin.

Projektipäällikön mielestä projektiryhmä sitoutui hankkeeseen mielellään ja he toivat ideoitaan esille monipuolisesti. Projektiryhmä työskenteli myönteisellä

asenteella. Kehittämishankkeella haluttiin vaikuttaa omaan työhön selkeyttämällä sitä. Projektiryhmässä ajateltiin asiakkaiden kotiutumista ja sen onnistumista hyvin laaja-alaisesti ja syvällisesti.

8 Kehittämishankkeen tuotokset

Yhdessä projektiryhmän kanssa kehittämishankkeen kirjallisiksi tuotoksiksi laadittiin kotiutukseen liittyvä prosessikuvaus Microsoft Office Visio - ohjelmalla sekä Raisio-Rusko kotihoidon esite, joka on mahdollista saada kirjallisena kappaleena ja lukea Internetin kautta.

8.1 Prosessikuvaus

Teemahaastattelujen pohjalta nousi tarve ja toisaalta kehittämishankkeen perusajatuksena oli tehdä kotiutusprosessin kuvaus erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvasta asiakkaasta. Raision kaupungissa on prosessikuvauksissa käytetty apuna Microsoft Office Visio - ohjelmaa.

Kotihoidon sairaanhoitajien kanssa projektiryhmän työkokouksissa tehtiin aluksi ajatuskarttaa apuna käyttäen prosessikuvausta. Projektipäällikkö siirsi tiedot vuokaavioon Microsoft Office Visio - ohjelmaan, jota muokattiin jokaisessa projektiryhmän kokouksessa sekä ohjausryhmän kokouksissa. Työ eteni projektiryhmän kokouksissa niin, että alkuvuonna 2010 prosessikuvaus oli valmis. Prosessikuvaus on esitelty liitteessä 2. Erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvan asiakkaan prosessi. Prosessikuvaus voidaan liittää Hoitoreitit sivustolle, esimerkiksi otsikolla asiakkaan kotiutus ja jatkohoito Raisiossa ja Ruskolla. Prosessiku-

vausta käytetään Raision kaupungin hoito- ja hoivapalvelujen sisällä työtä ohjaavana tekijänä.

Prosessikuvaus on tarkoitettu palvelemaan monipuolisesti kaikkia asiakkaita ja hoitohenkilökuntaa. Lähettävä yksikkö voi olla somaattisen tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikkö. Erikoissairaanhoidoyksikön sairaanhoitaja voi Hoitoreitit-sivuston kautta selvittää tarvittavat yhteystiedot ja muita tietoja kotihoidosta ja sitä tukevista palveluista. Prosessikuvaus ja sen kautta saatavat tiedot ovat hoitohenkilökunnan yhtenä työvälineenä edesauttamassa saumatonta tiedonkulkua. Lisäksi kotihoidon palvelujen tarpeen arviointikohteet on esitetty prosessikuvauksessa. Tavoitteena on asiakkaan onnistunut kotiutuminen kotiin kotihoidon ja erilaisten tukitoimien turvin tarpeen arvion mukaisesti.

8.2 Kotihoidon esite

Kotihoidon kirjallinen esite oli projektiryhmän työn kohteena kokouksissa. Tarve esitteen teolle kotihoidosta erikoissairaanhoidon koettiin haastatteluissa tärkeäksi keinoksi esitellä kotihoidon toimintatapoja. Kotihoidon esitteeseen tulee kotihoidon yhteystietoja, tietoa mitä kotihoito sisältää Raisio-Rusko alueella, millaisia palveluja on saatavilla sekä kotihoidon asiakasmaksutietoja.

Kirjallinen esite jaetaan erikoissairaanhoidon klinikoille, joista kotihoitoon tulee asiakkaita kotiin. Lisäksi esite jaetaan muille kotihoidon uusille asiakkaille. Esite on tarkoitus liittää Hoitoreitit sivustolle, josta erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat ja lääkärit voivat selvittää kotihoidon yhteystiedot ja toimintaohjeet kotiutuksen yhteydessä. Raision kaupungin Internet sivuille esite tulee myöhemmin.

Esitteen päivittäminen on mahdollista tehdä Hoitoreitit sivustolle sekä Internet sivustolle, kun kotihoitoon tulee tulevaisuudessa muutoksia. Esitteen asiasisältö on esitetty liitteessä 3. Kotihoidon esite menee Raision kaupungin monistamoon painettavaksi kevään 2010 aikana. Julkaistavaan versioon tulee lisää visu-

alisoitua ja kannen taustaksi tulee Raision kaupungin Martti-paperi oranssin värisenä.

8.3 Kehittämisideat

Kehittämishankkeessa tuli esiin ideoita, joita voidaan tulevaisuudessa jossain muussa kehittämishankkeessa viedä eteenpäin. Yksi merkittävä kotiutukseen liittyvä seikka on yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon kanssa, jotta tulevaisuudessa on resursseja tehdä kotiutuspalavereja erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tämä tukee ajatusta palvelujen saumattomuudesta. Erikoissairaanhoidon arviointikäynneillä nähdään uusi tai vanha asiakas jo sairaalahoidossa ja hänen sekä omaisten kanssa voidaan sopia kasvotusten kotihoidon aloituksesta. Lisäksi hoitohenkilökunta voi tavata ja ajan mittaan muokata yhteistyötään sujuvammaksi.

Toinen kotiutuksiin ja asiakkaiden hoitoon liittyvä kehittämisasia on kotisairaalan perustaminen Raision kaupungin ja Ruskon kunnan alueelle. Kotisairaalan potilaina voivat olla kaikki sellaiset asiakasryhmät, joita hoidettaisiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai erikoissairaanhoidossa, mutta joiden kunto ei edellytä jatkuvaa ympärivuorokautista seurantaa. Kotisairaala voi hoitaa asiakkaita myös vanhainkodeissa ja palvelutaloissa. Tällöin vältetään turhilta siirroilta hoitopaikasta toiseen. Kotisairaalassa annettava hoito on kotona tapahtuvaa yleensä lyhytaikaista sairaanhoitoa ja se on vaihtoehto vuodeosastolle. Kotisairaalassa potilaan tarpeisiin vastataan antamalla hoitoa yhteistyössä vuodeosaston, lääkäreiden, kotihoitoyksiköiden sekä tarvittaessa muiden ammattiryhmien kanssa.

Palvelujen saumattomuutta edistäisi, jos muokataan hoitajien kotiutuskaavakeita sähköiseen muotoon, jolloin jokaisesta kotiutuksesta saadaan tarvittaessa tieto kotihoitoon mahdollisimman nopeasti. Tämä puolestaan vaatii sähköisten tietoyhteyksien kehittämistä niin, että ne olisivat niin varmoja ja salattuja, ettei-

vät asiakastiedot häviä tai joudu väärin käsiin. Tämä puolestaan vaatii moniammatillista yhteistyötä tietoteknisten asiantuntijoiden kanssa.

Asiakaskansio, jossa olisi tiedot kotihoidon asiakkaasta, voisi olla yhtenä tulevaisuuden kehittämisideana. Kansio kulkisi asiakkaan mukana lääkäri vastaanotoilla ja sairaalassa. Kansiossa olisi esimerkiksi tietoja lääkityksestä, sovitusta palveluista ja yhteystietoja.

Kehittämishankkeen yhteydessä kartoitettiin sairaanhoitajien lisäkoulutustarpeita. Kehittämisideana on kehittää tulevaisuudessa jonkin muun kehittämishankkeen yhteydessä hoitajille heidän tietotaitojaan ylläpitävä järjestelmä, jonka avulla kaikilla on mahdollisuus päästä koulutukseen säännöllisesti ja tarpeen mukaisesti.

9 Kehittämishankkeen arviointi

Raisio-Rusko kotihoidon kehittämishanke pysyi suunnitellussa aikataulussa. Sille oli selvä tavoite ja tarve Raisio-Rusko kotihoidossa. Pitkänajan muutostavoitteena oli asiakkaiden hoitoaikojen sairaalassa lyheneminen niin, että kotiutusvaiheessa kotiutuminen tapahtuu nopeasti ja saumattomasti. Konkreettisina tuloksina olivat kotiutusprosessin mallintaminen prosessikuvauksen avulla ja esite kotihoidosta. Prosessikuvauksen avulla selkiinnytetään palveluprosesseja ja karsitaan turhia työvaiheita, sekä nivelletään eri palveluprosesseja saumattomasti yhteen.

Tulevaisuudessa prosessikuvauksesta ja kotihoidon esitteestä on apua työntekijöille terveydenhuollon organisaatioissa sekä hyötyä asiakkaille ja heidän omaisilleen. Työn ohessa tehtävä kehittämishankkeen tekeminen on mahdollista lyhyissä jaksoissa, jotta siihen voi mahdollisimman moni osallistua. Tämä

kehittämishanke ei kokenut projektityöntekijäkatoa, vaan he kaikki osallistuivat aina kun olivat työssä. Projektiryhmän vaikutuksesta kehittämishanke on pysynyt aikataulussaan. Se, että kehittämishankkeella on ajallisesti mahdollisimman väljä aikataulu mahdollistaa osaltaan hankkeen onnistumista, koska tällöin on aikaa tehdä työtä ajatuksella eikä kehittämishankkeesta tule läpihuutojuttua pikaisen aikataulun vuoksi.

Projektiryhmän erinomainen työskentely perustuu hyvään yhteistyöhön jota tiimien sairaanhoitajien/terveydenhoitajien välillä on ennestäänkin ollut. Se ilmeni myös teemahaastattelussa seuraavasti:

”Hyvä ryhmähenki meidän sairaanhoitajien kesken et, me voidaan soittaa koko ajan toisillemme, et kerro mitä sä tiedät tästä ... mun mielestä se sujuu tosi hyvin ja meillä on kauheen hyvä tämä yhteistyö, et kaikki auttaa kaikkia ja aina, jos tarvitsee. Ei siinä jää yksin koskaan, vaikka sä olet yksin siellä asiakkaan luona.”

Tässä kehittämishankkeessa keskityttiin hoitohenkilökunnan haastattelemiseen. Kotiutuksista on tehty laajoja tutkimuksia aiemmin, joten tässä kehittämishankkeessa ei koettu tärkeäksi kysyä asiakkaiden mielipiteitä vaan keskityttiin hoitohenkilökunnan työn kehittämiseen. Seuraavaan kehittämishankkeeseen voitaisiin liittää erikoissairaanhoidosta kotiutuvien asiakkaiden haastatteluja, jolloin kuultaisiin heidänkin mielipiteitään ja toiveitaan kotiutuksista Raisio-Rusko yhteistoiminta-alueella.

Tässä kehittämishankkeessa eettisyys toteutui niin, että ennen teemahaastattelun suostumista, haastateltaville annettiin tietoa hankkeesta johon he osallistuvat (Mäkinen 2006, 23), informoitiin koko kotihoitoa hankkeen etenemisestä osastokokouksissa sekä kerrottiin haastateltaville vielä teemahaastattelun tarkoituksesta kehittämishankkeessa ennen haastattelua. Teemahaastattelujen nauhoitukseen pyydettiin lupa suullisesti jokaiselta haastateltavalta. Teema-

haastattelujen tulokset esitettiin sellaisena kuin haastateltavat ovat niihin vastanneet, mitään salaamatta tai muuttamatta (Tuomi & Sarajärvi 2003, 129).

Kehittämishankkeen luotettavuutta voidaan perustella sillä, että luotettavuus lisääntyy, kun kehittämishankkeessa on säilytetty haastateltava henkilö anonyymina, kuten tässä kehittämishankkeessa on tehty. Toisaalta luotettavuutta lisää se, että kehittämishankkeen teemahaastattelut olisi mahdollista suorittaa jonkin toisen kunnan kotihoidossa samoilla teemoilla. Teemahaastattelun teema-alueet on esitetty liitteessä 1. Teemahaastattelun runko. Nauhoitetut sekä puretut että analysoidut teemahaastattelut ovat ainoastaan haastattelijan käytössä. Teemahaastattelurunko myös esitettiin, joka puoltaa kehittämishankkeen luotettavuutta.

Kehittämishankkeen arviointi voidaan nähdä vasta tulevaisuudessa toteutuneita tuloksia mittaamalla toimivatko prosessikuvaus tai kotihoidon esite. Hoitoreitit sivuston ja Internetin kautta kuitenkin tulevaisuudessa varmasti yhä enemmän haetaan tietoa hoitomahdollisuuksista ja palveluista sekä yhteystiedoista, joten todennäköistä on, että kehittämishankkeen tuotokset ovat pysyviä. Niiden päivittäminen eli ajan tasalla pitäminen on kuitenkin tärkeää. Tietojen päivittämiseen varmasti valitaan tulevaisuudessa vastuuhenkilö kotihoidon osalta.

Kotihoidon osallistuminen asiakkaan hoitoon sairaalahoidon jälkeen vaatii suunnittelua ja ohjausta. Sairaalasta kotiutuminen on asiakkaalle tärkeä asia. Kotihoidolle on tärkeää saada tieto asiakkaan palvelutarpeesta mahdollisimman aikaisin, jotta suunnittelutyö voi alkaa hyvissä ajoin ennen asiakkaan tuloa kotiin. Tulevaisuudessa tavoitteena ovat kotiutuspalaverit erikoissairaanhoidossa, jotta voidaan suunnitella käyntejä ja ohjata asiakasta ajoissa.

Keväällä 2010 tulevaisuus näyttää siltä, että yhä vaativampaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita tulee kotihoidon asiakkaiksi. Asiakasmäärät kasvavat ja potilaspaikat vähenevät sairaaloissa ja hoitolaitoksissa. Kotisairaaloiminta tulee olemaan yksi ratkaisu monissa kunnissa, jolloin asiakkaat voivat saada sairaalahoitoa kotona. Kotisairaalapotilaita voivat olla esimerkiksi insuliinihoitoiset diabeetikot, syöpäsairaat, suonensisäistä antibioottihoitoa ja punasolusiirtoa vaativat sekä

sydämen vajaatoimintaan hoitoa tarvitsevat asiakkaat. Kotisairaala voi hoitaa asiakkaita tehostetussa palveluasumisessa, jolloin vältetään turhilta asiakkaiden siirroilta sairaalaan. Asiakas saa kotisairaalan kautta hoidon suoraan sinne missä hän on, asui hän sitten palvelutalossa, vanhainkodissa tai omassa kodissaan.

Tulevaisuuden terveyden- ja sairaudenhuollon ei tarvitse olla meille hoitohenkilökunnalle toivoton haaste. Tilastoja tutkimalla sekä hoitomenetelmien kehittämisen myötä voidaan arvioida asiakastarpeiden muutosta tulevaisuudessa. Kun suunnitellaan ja kehitetään toimintoja, voidaan varmasti vaikuttaa tulevaisuudessa asiakkaiden hoidon laatuun ja hoidon jatkuvuuteen. Nyt tulisi harkita erilaisia vaihtoehtoja ja pohtia mitkä keinot auttavat asiakkaita ja hoitohenkilökuntaa hoidon onnistumisessa.

LÄHTEET

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

Anthony, M., Hudson-Barr, D. 1998. Successful Patient Discharge. A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers. *Journal of Nursing Administration* 28 (3), 48–55.

Autio, A. 1996. Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Atwal, A. 2002. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39 (5), 450–458.

Bell, J. 2006. Doing your Research Project. A guide for first-time researchers in education, health and social science. 4. Edition. Berkshire: Open University Press.

Fortinsky, R. 2002. Restorative home care reduces emergency physician visits for older adults compared to usual home care. *Evidence-Based Healthcare* 6(4), December, 148-149.

Gardner, S., Arve, S., Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutumisprosessin elementit -kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n.o 3:2002.

Grönroos, E., Perälä, M-L. 2005. Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19 (3), September, 288-295.

Grönroos, E., Perälä, M-L. 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (5), 484-499.

Grönroos, E., Perälä, M-L., Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

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

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.

Johansson, K., Hupli, M., Salanterä S. 2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of clinical nursing* 11 (5), 634-639.

Kansanterveyslaki 67/1972.

Karppinen, P. 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalasta potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Kerätär, M. 2003. Yksilövastuuden hoitotyön periaatteiden toteutuminen Lapin keskussairaalan potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto: hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 974. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Laapotti-Salo, A., Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutumissuunnitelmastaan. Tutkiva Hoitotyö 2004. 2(1), 23-28.
- Larmi, A., Tokola, E., Välikkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Hygieia. Helsinki: Tammi.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: Wsoy.
- Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Markkanen, P. 2004. "Pyöröovisyndrooma" Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoidon onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Turku: Turun yliopisto.
- Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Sarja D 578. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M. Veeger, A. 1997. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. Journal of Advanced Nursing 25 (6), 1233–1240.
- Mäkinen, Olli. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Männistö, T. 1998. Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Pro gradu – tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Yhteiskuntatieteet 157. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- Naylor, M., Stephens, C., Bowles, K., Bixby, B. 2005. Cognitively impaired older adults from hospital to home. An exploratory study of these patients and their caregivers. The American Journal of Nursing. Vol.105, No.2.2005, 52-61.
- Nieminen, A., Louekoski-Huttunen, T., Malin, A., Pammo, O., Parkkinen, K., Rontu, P. 2002. Kotiutusprosessi. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri.
- Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P., Kiikkala, I. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Nyman, A. 2006. Yksilövastuuden hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Paasivaara, L., Nikkilä, J., Voutilainen, P. 2002. Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H.(toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.
- Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Pearson, P., Procter, S., Wilcockson, J., Allgar, V. 2004. The process of hospital discharge for medical patients: a model. Journal of Advanced Nursing 46 (5), 496–505.

Perälä, M-L., Grönroos, E., Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8. Helsinki: Stakes.

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

Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P., Teperi, J. 2003. PALKO, Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27. Helsinki: Stakes.

Piirainen, M-L. 1996. Saattaen vaihdettava. Toimintaterapeutti kotiutujan tukena. Lempäälän ehkäisevän ja kuntouttavan vanhustyön projekti. Vanhustyön keskusliitto.

Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Raision hoito- ja hoivapalveluohjelma. 2007. ”Väestörakenne muuttuu miten haasteisiin vastataan”. Perustelumuiotio ja tuottajan linjauksia 2007-2015.

Raision hoito- ja hoivapalveluiden tulosalue. 2009. Organisaatio ja vastuut.

Raision ikäihmisten palveluopas. 2008. Vanhusneuvosto. Raision kaupunki.

Raision kaupunki. 2008. Hoito- ja hoivapalveluohjelman päivitys.

Raision kaupunki. 2009. Kotihoito.

Raision kaupunki. 2010. Resurssitaulukko. Intranet.

Raision kaupungin palvelustrategia. 2004. Palvelutuotannon analyysi.

Raision kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen organisaatio. Viitattu 3.1.2009 <http://www.raisio.fi/ida/Download2.asp?DocID=543>

Raision kaupungin strategia. 2009-2013.

Raisio lukuina 2010. Viitattu 21.2.2009 <http://www.raisio.fi> > Etusivu> Raisio-info> Raisio lukuina.

Raision mallin esite. 2007. Raision kaupunki.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta koti-hoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu – tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhus-ten itsensä kokemana. Studies in sport, physical education and health. Jyväskylän yliopisto.

Rissanen, P., Noro, A. 1999. Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt. Helsinki: Stakesin monistamo.

Roberts, K. 2002. Exploring participation: older people on discharge from hospital. Journal of Advanced Nursing 40 (4), 413–420.

Ruskon kunta 2010. Viitattu 6.3.2010 <http://www.rusko.fi/Suomeksi/Etusivu>

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Saumattomat-hanke. 2008. Saumatonta terveysosaamista Varsinais-Suomessa. Projektin yhteenveto. Viitattu 3.1.2009
[http://projektori.turkuamk.fi/\(S\(fdirk4bckroj4m55hbbx5j55\)\)/public_projectinfo.aspx?pid=1586](http://projektori.turkuamk.fi/(S(fdirk4bckroj4m55hbbx5j55))/public_projectinfo.aspx?pid=1586)

Sosiaalihuoltoasetus 697/1983.

Styrborn, K. 1995. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 23 (4), 273–285.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Viitattu 5.1.2009 <http://www.vsshp.fi/fi/esittely>

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, U. H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.

Liite 1. Haastattelun runko

Esitiedot: koulutus, työvuosien määrä sairaanhoitajana/terveydenhoitajana, työhistoria hoitotyössä, työvuosien määrä kotihoidossa.

HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET:

1) Hyvän kotihoidon edellytykset

Kuvaa, mitkä tekijät ovat mielestäsi hyvän kotiutumisen edellytyksiä.

Apukysymykset: Mitkä ovat asiakkaaseen liittyviä tekijöitä? Mitkä ovat hoitohenkilökuntaan liittyviä tekijöitä? Mitkä ovat organisaatioon liittyviä tekijöitä?

2) Potilaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta kotihoitoon

Kuvaa, miten kotiutuminen erikoissairaanhoidosta sujuu tällä hetkellä ja missä on kehittämistä.

Apukysymykset: Esiintyykö puutteita enemmän Rasion kotihoitoon tulevilla vanhoissa tai uusissa asiakkaissa? Mistä puutteet ovat lähtöisin? Miksi osa yksiköistä kotiuttaa hyvin ja osa huonosti?

3) Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä kotiutumistilanteessa

Kuvaa miten ja minkälaista yhteistyötä voitaisiin tehostaa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä.

Apukysymykset: Minkälaisia keinoja voitaisiin kehittää?

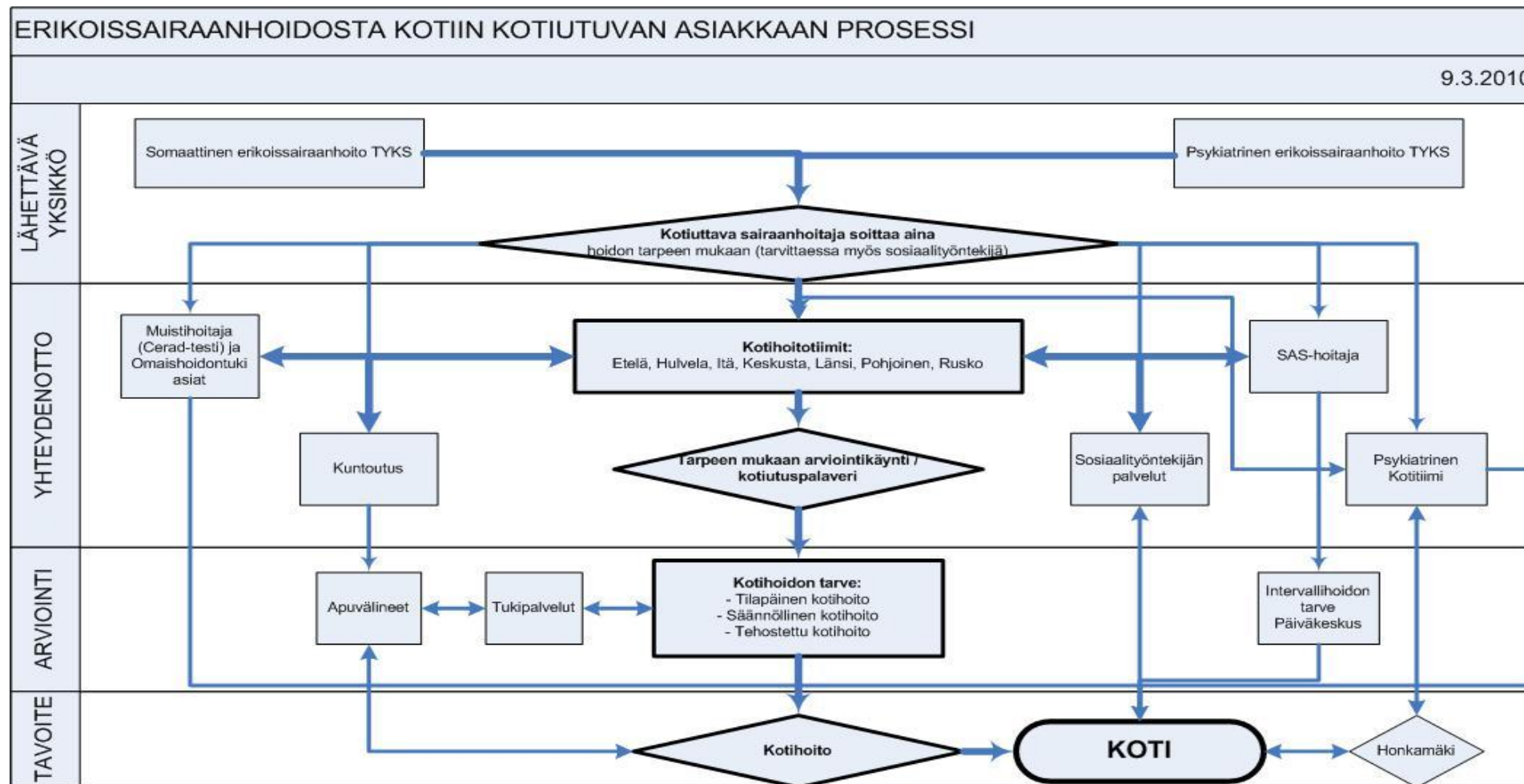
4) Sairanhoitajan/terveydenhoitajan ammattitaito ja osaaminen

Kuvaa, millaista ammattitaitoa tarvitaan sairaanhoitajana/terveydenhoitajana mielestäsi asiakkaiden hoidossa?

Apukysymyksiä: Tarvitsevatko sairaanhoitajat/terveydenhoitajat lisäkoulutusta ja kuinka usein? Millaista lisäkoulutusta?

Haluaisitko kertoa vielä kotiutumiseen liittyviä asioita haastattelun loppuksi?

Liite 2. Erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvan asiakkaan prosessi



Raisio-Rusko kotihoitotiimi / Katri Malmberg / 9.3.2010

Raisio ja Rusko

KOTIHOITO

Kotihoidolla pyritään turvaamaan pitkäaikaissairaiden ja ikäihmisten mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidosta on mahdollista saada kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa.

Raisio ja Rusko kotihoito on jaettu kuuteen tiimiin: Etelä, Itä, Keskusta, Länsi, Pohjoinen ja Rusko. Hulvelan palvelukeskuksessa on kotihoitoyksikkö, joka palvelee asukkaita osoitteissa: Hulvelankatu 16,20,22,24.

Oman alueen sairaanhoitaja/terveydenhoitaja arvioi asiakkaan kotihoidon tarpeen **arviointikäynnillä**, jossa selvitetään asiakkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Näiden perusteella arvioidaan **kotihoidon palvelutarve**. Arviointikäynnillä selvitetään myös asiakkaan **tukipalvelujen tarve**. **Apuvälinetarpeen arviointi** tehdään yhteistyössä kuntoutuksen kanssa.

Kun kotihoidon palvelujen tarve arvioidaan säännölliseksi (vähintään kerran viikossa tapahtuvaa) ja pitkäkestoiseksi, asiakkaan kanssa laaditaan **hoito- ja palvelusuunnitelma**. Hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevien asiakkaiden lääkärinä toimii kotihoitoalueen lääkäri. Tilapäisen kotihoidon asiakkailla on nimetty omalääkäri terveysasemalla.

KOTIHOIDON MAKSUT VUONNA 2010

Säännöllisen kotihoidon kuukausimaksu

Kuukausimaksu lasketaan hoitoisuusluokasta ja määritellyistä tulorajoista. Myös perheen koko vaikuttaa kuukausimaksuun. Maksuprosentti lasketaan tuloajan ylittävistä osuudesta hoitoluokittain (1-4). Kotona annettavasta palvelusta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia eli palvelun tuottohintaa. Raisio ja Rusko kotihoidon tuottohinnaksi on 1.1.2009 vahvistettu 36,20 €/tunti.

Kotihoidon tilapäinen kotikäynti

Hoitaja 8,70 €

Lääkäri 13,70 €

TUKIPALVELUMAKSUT VUONNA 2010**Turvapuhelin**

21,10 € /kk (oma puhelin + oma tai vuokraturvapuhelin)

30,60 € /kk (oma puhelin + kaupungin turvapuhelin)

Suihkutus

5,60 €/kerta

Kuljetuspalvelu

2,80 €/yhdensuuntainen matka

Ateriapalvelu

5,41 €, kun bruttotulot ovat alle 900 €/kk

5,41 € + kuljetus 2,50 €, kun bruttotulot ovat yli 900 €/kk

Lisäannoksen kuljetus 0,50 €/kpl. Kuljetusmaksua ei peritä sotaveteraaneilta (tunnus) ja heidän puolisoiltaan.

KOTIHOITOA TUKEVAT PALVELUT JA ASIAKASMAKSUT VUONNA 2010**Päiväkeskus**

Kokopäivä 15 €/käyntipäivä. Edestakainen kuljetus 2,80 €. Puolipäiväparkki omaishoidon tuen saajille 7,5 €/3h. Kuljetus omakustanteinen.

Intervallihoito

Perusmaksu 32,50 €/vrk, maksuton täytyttyä 15 €/vrk.

Omaishoidon tuen saajille lakisäänteiset päivät 10,60 €/vrk.

Psykiatrinen kotitiimi

Kotitiimi tarjoaa tukea mielenterveydellistä apua tarvitseville asiakkaille heidän kodeissa. Palvelu on maksuton asiakkaille.

ALUETIIMIEN SAIRAANHOITAJIEN YHTEYSTIEDOT:

Etelä p. 044 797 1130 (Friisilänkatu, Hosleniuksenkuja, Lumparla, Soliniuksenkuja, Tasala)

Itä p. 044 797 1060 (Ihala, Inkoinen, Kauri, Tornikatu 9,Vaisaari)

Keskusta p. 044 797 1360 (Friisilän/Muu Hulvelan alue, Kauppakuja, Keonpellon- sekä Keonkadun alueet, Lautamiehenkatu, Torikuja, Tornikatu, Viskaalinkatu)

Länsi p. 044 797 1059 (Alhainen, Kaanaa, Nuorikkala, Paikkari, Sorolainen, Tahvio, Tikanmaa, Ylhäinen, Vanto)

Pohjoinen p. 044 797 1069 (Kerttula, Kuloinen, Kuua, Mahittula, Petäsmäki, Pirilä, Somersoja, Venhe)

Rusko p. 050 565 1929 (Rusko, Vahto, Kuninkoja)

Hulvela p. 044 797 1131 (Hulvelankatu 16, 20, 22, 24)

MUUT YHTEYSTIEDOT:

Apuvälinelainaamo p. 044 797 1339 puhelinaika klo 13–14

Ateriapalvelu tilataan oman alueen sairaanhoitajan kautta. Ateria peruutukset tai muutokset p. 0400 856 366

Omaishoidon tukiasiat ja muistihoitaja p. 044 797 1062

Psykiatrinen kotitiimi p. 044 797 1242

Päivystyspuhelin (ilta, yö, viikonloppu) p. 0400 689 121
Turvapuuhelinasiat p. 044 797 1061

SAS-hoitaja p. 040 797 1276 puhelinaika klo 8-10

Kotihoidon osastonhoitaja p. 044 797 1067

Kotihoidon apulaisosastonhoitaja p. 044 797 1161

Hulvelan kotihoidon osastonhoitaja p. 044 797 1262

Lisätietoja kotihoidosta:

www.raisio.fi > Terveys> Ikäihmisten palvelut